

**A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS MULHERES:
INDICADORES DE RISCO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Dânia Raquel Vasco Serra

**Dissertação de Mestrado em Estudos Sobre as Mulheres.
As Mulheres na Sociedade e na Cultura.**

Fevereiro, 2014

Dissertação apresentada para os requisitos necessários a obtenção do grau de Mestre em
Estudos sobre as Mulheres, as Mulheres na Sociedade e na Cultura realizado sob a
orientação científica do Prof. Doutor Manuel Lisboa

A minha mãe, Maria Fernanda

Uma mulher de convicções, que me ensinou a amar, respeitar e a superar todos os obstáculos ao longo da minha vida.

Ao meu pai, irmãs, namorado, amigos e colegas por todo o carinho, paciência e motivação.

A todas as mulheres sobreviventes, resistentes e lutadoras da violência doméstica que não se deixam/deixaram nunca manipular, subjugar ou desvalorizar por parte dos homens (pais, namorados, maridos, companheiros, chefes, colegas...)

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial ao professor Manuel Lisboa pelo apoio e orientação académica e pela liberdade académica e pessoal que sempre me deu.

Um obrigado, bem extenso e profundo a todos os professores da FCSH pelo apoio e acompanhamento que me têm dado e também aos colegas e amigos do curso de Sociologia e Mestrado em Estudos sobre as Mulheres pelo incentivo e motivação ao longo deste projecto. A todos os profissionais e técnicos que trabalham arduamente todos os dias no sentido de promover a igualdade entre os géneros e combater a violência doméstica contra as mulheres. À minha amiga Rosa Areias (assistente técnica no Hospital Pedro Hispano) e ao seu irmão Francisco Areias, a estes se deve toda a parte empírica do meu trabalho que sem eles teria sido praticamente impossível, queria agradecer também a disponibilidade e atenção do Drº António Castanho (técnico superior da secretária-geral da Administração Interna) e o seu admirável conhecimento e dedicação em torno da questão da Avaliação de Risco de Violência Doméstica e finalmente ao Drº Vasco Prazeres por me ter dado informação privilegiada no que concerne ao seu trabalho em torno da violência interpessoal entre adultos na área da saúde.

Finalmente e mais importante, agradecimento à minha família, a quem devo toda a minha admiração e agradecimento por tudo o que de mais importante me tem dado ao longo da minha vida, namorado e amigos mais próximos por me ajudarem a acreditar, lutar e me ensinarem a ser mais forte, ultrapassando todas as dificuldades e obstáculos. Muito obrigado do fundo do meu coração por todo o vosso amor, carinho e apoio que permitiu, quando por vezes desalentada e quando pensava que já nada estava bem ou fazia sentido, vocês iluminavam o meu caminho sempre de braços abertos e um colo de esperança.

A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS MULHERES: INDICADORES DE RISCO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

DÂNIA RAQUEL VASCO SERRA

RESUMO

Este trabalho é o resultado de uma análise e compreensão do fenómeno da violência doméstica contra as mulheres decorrente da conjugalidade, no âmbito da prevenção e a urgente necessidade da construção de indicadores de risco que possibilitem detectar os possíveis agressores e situações irregulares.

Este fenómeno é sem dúvida um fenómeno que deve ser equacionado como um fenómeno de desigualdade de género, historicamente construída e culturalmente enraizada nos vários segmentos da sociedade portuguesa. Apesar das mudanças ao nível legislativo e das condutas colectivas, o modelo patriarcal ainda se mantém e é dominante em diversas sociedades. Visto isto e de modo a enquadrar a minha análise sobre a violência doméstica e a tentar perceber quais os estereótipos que ainda se mantêm e conduzem a situações de discriminação para a mulher, mesmo sendo esta a vítima, tento fazer emergir as representações sociais por parte dos profissionais de saúde, forças de segurança pública e da sociedade em geral acerca deste fenómeno social.

Quais as representações existentes acerca dos actos de violência contra as mulheres? Qual a sensibilidade em relação as situações de risco da violência doméstica por parte dos profissionais de saúde?

Estas são as questões essenciais que se aprofundam e problematizam ao longo do meu estudo.

Qual será a percepção e avaliação que as pessoas fazem acerca deste fenómeno, em especial quando se trata da classe médica e quais as medidas que foram implementadas nesta área, ou seja no que se refere à saúde, ao cuidado, a segurança e a prevenção? De que forma têm evoluído as bases de pensamento

das pessoas e a influência que os médicos têm sobre este fenómeno e no que respeita ao combate do mesmo?

Na definição e construção do objecto de estudo e tendo em consideração os objectivos propostos, visto que o tempo para elaboração do mesmo é diminuto, tornou-se desde logo evidente a escolha de uma estratégia metodológica assente numa abordagem qualitativa.

E assim o meu estudo vai-se centrar essencialmente na revisão da literatura (análise documental e bibliográfica) acerca da violência doméstica e na recolha das percepções e na análise que este grupo, já mencionado anteriormente (profissionais de saúde, nomeadamente os médicos e responsáveis pelo tratamento destas questões na área da saúde), faz relativamente ao fenómeno social da violência doméstica contra as mulheres e, ainda, sobre se é estabelecida alguma articulação entre este grupo e as restantes instituições sociais, de maneira a promover acções que combatam de forma eficaz o aumento do número de casos de violência doméstica contra as mulheres e consequente aumento do número de mortes.

A análise será realizada mediante entrevistas semi-diretivas e observação participante, tendo em conta o vocabulário utilizado, explícita ou implicitamente de determinados termos, categorias ou aspectos em torno deste fenómeno, de maneira a reconhecer e a perceber quais as representações feitas em torno da violência doméstica contra as mulheres.

E será através da Teoria das Representações Sociais e de Erving Goffman que poderei construir uma ou mais categorias as quais, de acordo com a revisão da literatura em torno deste fenómeno, vão auxiliar, na descrição, categorização e composição de cada representação ao longo da minha análise.

PALAVRAS-CHAVE:

violência; género; representações sociais; mulheres; Indicadores de risco

ABSTRACT

This work is the result of an analysis and understanding of the phenomenon of domestic violence against women due to marital, in the prevention and the urgent need to build risk indicators that allow to detect possible aggressors and irregular situations.

This phenomenon is undoubtedly a phenomenon that must be solved as a gender inequality phenomenon, historically constructed and culturally rooted in the various segments of the Portuguese society. Despite the changes to legislation and collective behavior, the patriarchal model still remains and is dominant in many societies. Seen it and to frame my analysis of domestic violence and trying to understand what the stereotypes that still exist and lead to discrimination to women, even being the victim, try to bring out the social representations by the health professionals, public security forces and society in general about this social phenomenon.

What are the existing representations about violence against women? What is the sensitivity to the risk situations of domestic violence by health professionals?

These are the essential questions that deepen and problematize over my study.

What will be the perception and evaluation that people make about this phenomenon, especially when it comes to the medical profession and what measures have been implemented in this area, namely with regard to health care, safety and prevention? How have evolved the thinking foundation of people and the influence that doctors have on this phenomenon and with regard to combat it?

The definition and construction of the object of study and taking into account the objectives set, as the time for preparing it is small, it became immediately evident the choice of a methodological strategy based on a qualitative approach.

And so my study will focus primarily on literature review (document and literature review) about domestic violence and the collection of insights and analysis that this group, mentioned above (health professionals, particularly doctors and responsible for treatment of these issues in the health field), makes about the social phenomenon of domestic violence against women, and also on whether it is established any link between this group and other social institutions in order to promote action to address effectively the increase in the number of cases of domestic violence against women and the consequent increase in the number of deaths.

The analysis will be performed by semi-directive interviews and participant observation, taking into account the vocabulary used, explicitly or implicitly certain terms, categories or aspects surrounding this phenomenon, in order to recognize and understand what representations made around violence domestic against women.

It will be through the Theory of Social Representations and Erving Goffman I can build one or more categories which, according to the literature review around this phenomenon, will assist in the description, categorization and composition of each representation throughout my analysis.

KEYWORDS: violence; gender; social representations; women; risk indicators

Índice

INTRODUÇÃO.....	9
PARTE 1 – GÉNERO, DESIGUALDADES DE GÉNERO E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA COMO PROBLEMA SOCIAL.....	10
1.1.Amor, família e conjugalidade.....	17
1.2.Conciliação entre vida familiar e actividade profissional.....	20
1.3.(Re)pensar o lugar do género no público e no privado: trabalho e sociedade.....	24
PARTE 2 - PROBLEMA SOCIOLÓGICO: CONSTRUÇÃO TEÓRICA E CONCEPTUAL...	27
2.1. Violência doméstica	27
2.2. Avaliação e Indicadores de Risco.....	29
2.3. Representações Sociais.....	32
2.4. Goffman e Estigma.....	36
2.5. Conceito de vítima	38
2.6. Regime jurídico.....	39
PARTE 3 - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE DO CONTEÚDO.....	42
3.1. Metodologia Compreensiva e Métodos Qualitativos.....	42
3.2. Análise do conteúdo.....	45
PARTE 4 – DISCURSOS E REPRESENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAUDE.....	53
4.1 A violência doméstica como problema de saúde pública.....	53
4.2 Representações sociais dos profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra as mulheres: modelos e valores socioculturais.....	55
4.3 Representações sociais dos profissionais de saúde em relação aos indicadores de risco.....	60

CONCLUSÕES.....	64
BIBLIOGRAFIA.....	68
ANEXOS.....	78

INTRODUÇÃO

A violência de género é um tema que me interessa particularmente enquanto Socióloga, Mulher, Cidadã e futura/possível Mãe, embora pense que esta preocupação e interesse se deva manifestar no pensamento de todos nós, visto ser um fenómeno que afecta todo o nosso processo evolutivo, civilizacional e geracional. Ainda que alguns dos meus trabalhos académicos fossem realizados em torno das Desigualdades de Género, (sem nunca deixar de pensar no fenómeno iminente e preocupante da violência doméstica contra as mulheres), em ambos os casos falamos de relações de poder, de igualdade de género, de igualdade de oportunidades, sobre a manutenção dessa mesma igualdade na nossa sociedade, de discriminação em razão do género e finalmente de Direitos Humanos.

A violência doméstica é sem dúvida um fenómeno que deve ser equacionado como um fenómeno de desigualdade de género, historicamente construído e culturalmente enraizado nos vários segmentos da sociedade portuguesa (ex: convém lembrar algumas leis e normas do Estado Novo, onde, por exemplo, a mulher tinha de pedir autorização ao marido para se ausentar do país, ou era-lhe conferido o direito de abrir a sua correspondência) sendo certo ainda que, de qualquer modo e apesar das mudanças ao nível legislativo e das condutas colectivas, o modelo patriarcal ainda se mantém e é dominante em diversas sociedades.

A criação de estratégias e práticas de conciliação entre actividade profissional e a vida familiar contribuem para a promoção da igualdade de oportunidades entre homens e mulheres, no mundo do trabalho e na sociedade em geral. Vários estudos revelam que apesar de os homens trabalharem em média mais horas do que as mulheres em actividades remuneradas, o tempo despendido pelas mulheres em trabalhos não remunerados (nomeadamente no trabalho doméstico ou no apoio a familiares) é muito superior ao dos homens.

Sendo assim e visto que cada vez mais se alteram os modelos familiares assentes numa construção social de papéis em que a mulher esta associada ao domínio privado dos cuidados com o lar, associada ao lado mais emocional e relacional, enquanto o homem assume um papel relacionado com o domínio público, de sustento, associado a

competitividade e a força, penso que é pertinente discutir sobre estes estereótipos de género, representações sociais e prevenção desta manifestação cruel do exercício abusivo de poder por parte dos homens em relação as mulheres.

O meu estudo tem como objectivo geral:

- Analisar as representações sociais de profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher e a assistência prestada por estes às vítimas
- Recolha das percepções e análise da sensibilização que médicos e responsáveis pelo tratamento destas questões na área da saúde detêm relativamente ao fenómeno social da violência doméstica contra as mulheres e se é estabelecida alguma articulação entre este grupo e as restantes instituições sociais, de maneira a promover acções que combatam de forma eficaz este aumento do número de casos de violência doméstica contra as mulheres e consequente aumento do número de mortes

PARTE 1 – GÉNERO E DESIGUALDADES DE GÉNERO

Vários autores (Anderson, 2005; Currie, 1998; Miller & White, 2003) promovem a necessidade de considerar o género para se compreender o fenómeno da violência conjugal. Miller e White (2003) referem que é no modo pelo qual o género estrutura as relações, coloca maioritariamente a mulher numa situação de desvantagem face ao homem, que encontramos a natureza *genderizada* da violência conjugal. Yllo (1993) refere também que a violência conjugal não pode ser compreendida sem se considerar o género e o poder e afirma que a maioria das abordagens tem obscurecido a importância do género. Visto isto, não poderia deixar de falar sobre Género e as Desigualdades de Género.

A percepção de feminilidade e masculinidade que (in)formam o social ajudam à construção da imagem da mulher como um ser dependente ou em fase de uma autonomia moderada, promovendo desigualdades. Essa localização das mulheres está

ligada à divisão sexual do trabalho e consequente categorização das profissões que em si mesma já revela acções desiguais desempenhadas por sujeitos de sexos diferentes; esta categorização e divisão governa a relação das pessoas com a esfera pública e esta é ampliada com o tempo. O género é, assim, uma produção simbólica de categorias e de identidades sociais inculcadas, assentes em assimetrias entre masculino que aparece como sendo universal e o feminino como sendo algo que é situacional. Há então que desconstruir essa universalidade e situacionalidade, bem como é perceber quais as relações do estado e do mundo do trabalho com as pessoas.

Em que medida a conjugalidade e a entrada da mulher no mercado de trabalho podem ser elementos influenciadores na diferenciação de papéis de género? Podemos dar como um dos exemplos ilustrativos desta diferenciação a questão da divisão de tarefas domésticas entre homens e mulheres.

A diferenciação de papéis de género aliada à questão da mulher na entrada do mercado de trabalho e à conjugalidade pode ser um problema sociológico, uma vez que pode despertar o interesse dos sociólogos para desvendar os motivos de tal fenómeno social. Mas ao mesmo tempo trata-se de um problema social pois a questão do género afecta e engloba toda a colectividade e faz parte da realidade social ser-se homem ou mulher, apontando para papéis e relações socialmente construídas entre homens e mulheres, constituindo pois um problema em si pela aceitação ou não desses mesmos papéis estabelecidos socialmente. Compete à Sociologia apenas explicar o fenómeno, e não necessariamente resolvê-lo.

Para tentarmos compreender o que significam as desigualdades de género, torna-se imprescindível definir o conceito de género, o qual surge como propósito de contrapor as interpretações que consideram que as diferenças biológicas que se encontram associadas às posições socialmente ocupadas entre homens e mulheres. Contudo, e de acordo com as inúmeras abordagens lhe são feitas, se por um lado encontramos definições que lhe conferem um carácter “construído” e enfatizam a ideia de que este se vai “fazendo” e “reafirmando” “, através da relação com os outros” (Torres, 2001: 106), por outro lado, verifica-se que o género é também visto como “uma das fundações de toda a ordem social existente” (Torres, 2001:106). Para além disso importa considerar ainda que se deve falar de Géneros e não de Género, dado que “ser mulher e ser homem muda de uma geração para a outra e é diferente

para diferentes raças, etnias, e grupos religiosos, assim como para os membros de diferentes classes sociais” (Torres, 2001:106).

Para Bruschini, o conceito é “ *princípio que transforma as diferenças biológicas entre os sexos em desigualdades sociais, estruturando a sociedade sobre a assimetria das relações entre homens e mulheres. Usar “ gênero” para todas as referências da ordem social e cultural, e “ sexo” para aquelas de ordem biológica*”. (Bruschini, 1998).¹

Neste sentido, o autor propõe a distinção entre dois conceitos, Sexo e Gênero sendo que o primeiro se refere à diferença biológica entre homens e mulheres; ao passo que, o segundo diz respeito, a diferenças social e culturalmente construídas. Neste sentido, observa-se que o gênero é um conceito socialmente construído que atribui aos homens e às mulheres papéis sociais diferentes, que acabam por condicionar as oportunidades de vida de cada indivíduo, influenciando directamente os papéis que desempenham. Embora estes papéis sejam diferentes nas diversas sociedades, o certo é que não se conhece uma sociedade que atribua mais poder à mulher do que ao homem. Geralmente, os papéis dos homens costumam ser sempre mais sobrevalorizados do que o das mulheres.

Um outro aspecto que pode ser considerado para compreender as diferenças de gênero é a questão da *socialização de gênero*, que consiste num tipo de aprendizagem dos "papéis de gênero" que têm como referencia os agentes sociais: a Família e os meios de comunicação. Neste sentido, as diferenças entre homens e mulheres não são determinadas biologicamente mas sim culturalmente, no sentido em que estes são socializados de acordo com papéis diferenciados. Esta aprendizagem de papéis faz-se com base em "acompanhamentos positivos e negativos" que levam os indivíduos a desempenharem os papéis de acordo com aquilo que lhes é esperado. Por outro lado, a este conceito podemos juntar um outro que tem a ver com o Papel Social de Gênero, conceito este que consiste no tipo de actividades que a sociedade determina como sendo as mais apropriadas a cada sexo, ou seja à partida são modelos de comportamento socialmente impostos que definem o modo de ser feminino e o modo de ser masculino.

Na diferenciação de papéis entre em homens e mulheres, Parsons deu o seu contributo ao considerar que o “*papel das mulheres consiste em cuidar da casa e dos*

¹ www.virtu.ufjs.br/artigo%203a7.pdf

filhos, enquanto que o papel dos homens consiste em prover às necessidades materiais da família, geralmente através do exercício de uma actividade remunerada” (Parsons, 1955)². Neste sentido, a teoria de géneros de Parsons, assenta na diferenciação entre homens e mulheres, sendo que o papel dos homens era sobretudo “*instrumental*”, na medida em que eram orientados para executar tarefas exteriores ao meio familiar, enquanto que o papel feminino era “*expressivo*”, na medida em que era mais direccionada para a questão dos afectos e para executar as funções internas da família. Parsons salienta ainda a necessidade da complementaridade destes papéis e ao mesmo tempo considera que estes devem ser diferenciados, isto porque, segundo ele se os dois sexos desempenharem o mesmo tipo de funções tenderão a competir entre si, levando por isso a um desequilíbrio do próprio sistema. Por sua vez, Parsons referencia ainda as “*exigências funcionais da especialização dos sexos em tarefas diferenciadas no contexto da família conjugal*”. (Torres, 2001:46). Segundo ele, esta diferenciação não é imposta apenas para o bom funcionamento familiar, mas é também imposta pela estrutura do próprio sistema profissional (Torres, 2001: 48).³

Desta forma, Parsons acreditava que a separação entre homens e mulheres em áreas distintas era “*funcional*” e contribuía para a redução dos conflitos no seio familiar, sendo que desta forma as relações entre os géneros funcionam essencialmente para assegurar a reprodução social.

Parsons, considera ainda que muita embora aumente a participação feminina na actividade profissional isso não influencia a “*distribuição de papéis*” considerando que “*não se pode colocar a questão da simetria entre os sexos a este respeito*” e, argumentando “*que não há tendência séria nesta direcção*” (Parsons e Bales, 1956, 1968: 13,14), (Torres, 2001:43).⁴

Considerando ainda que as mulheres só se realizarão pessoal e profissionalmente quando se verificarem “*profundas alterações na estrutura familiar*”. Simmel por sua vez propõe a distinção entre Masculino e Feminino a partir de uma definição de “*essências*”.

² Gabriel Poeschl; “*Trabalho doméstico e poder familiar: praticas, normas e ideias*”; *Análise social*, volxxxv(156),2000,695-719

³ Torres, Anália Cardoso; “*Sociologia do Casamento: a Família e a Questão Feminina*”; 2001 Celta Editora

⁴ Idem

Ao referir-se à diferenciação entre os dois sexos e particularmente à questão da emancipação Feminina, considerou que só existirá emancipação feminina quando as mulheres possuírem uma “cultura própria” que se distancie da cultura até então existente (cultura masculina). Segundo ele, a especificidade desta cultura feminina traria enormes vantagens a certas profissões e áreas do saber nomeadamente à medicina e à história, considerando por isso que: “a alma feminina, capaz de empatia e de capacidade de entendimento e das paixões humanas, se revela particularmente útil (Simmel, 1902, 1988: 69-91), (Torres, 2001: 33).⁵

Por sua vez, Blood e Wolfe ao explicarem a divisão do trabalho entre homens e mulheres, referiram que esta diferença é resultado de uma “*otimização de recursos*”; e neste sentido eles consideram que o homem é mais valorizado no mercado de trabalho do que a mulher, precisamente, porque detém mais competências, ficando por isso incumbido a esta (mulher) a realização das tarefas domésticas assim como cuidar dos filhos.

Goode, ao tratar a questão da diferença entre os sexos considera que esta se encontra dissociada dos contextos biológicos. Defende que o desenvolvimento dos direitos das mulheres se encontra relacionado com as transformações na estrutura social, mas sobretudo com as transformações ideológicas. Neste sentido, Goode afirma que “ *em todas as grandes civilizações, as mulheres poderiam ter desempenhado, adequadamente, a maioria das tarefas se tivessem sido treinadas para elas, e todas as civilizações seriam mais ricas se assim tivessem procedido. Contudo as tarefas eram culturalmente definidas como impossíveis para elas*” (W.Goode, 1963, 1969:81); (Torres, Analia 2000: 77). Do mesmo modo, W.Goode defende que esta mesma diferenciação é resultado da resistência que os homens oferecem à perda de poder “ *(...) os homens , entretanto, não têm cedido voluntariamente suas antigas prerrogativas. Afinal de contas, nenhum grupo de posição dominante renuncia aos seus poderes*” (idem). Por outro lado, Goode afirma que a posição dos homens e das mulheres nesta situação, varia de acordo com o status isto porque “ *os homens da classe inferior concedem, ideologicamente, menos direitos que suas mulheres realmente obtêm e os mais instruídos provavelmente admitem mais direitos, ideologicamente, do que os que concedem*” (idem).

⁵ Idem;

Giddens, também ao reflectir sobre a modernidade e as mudanças que ocorreram nas relações de género, procura perceber a transformação das relações conjugais a partir do seu teor igualitário.

Segundo ele, as transformações decorrentes na modernidade implicam uma nova reestruturação da relação entre homem e mulher, até então assente em papéis de género bastante diferenciados. Neste sentido, Giddens defende que as sociedades modernas passaram a ser palco de uma construção “*auto-identitária*”, que levou à ruptura das relações afectivas, nas quais o papel da mulher era circunscrito ao trabalho doméstico e à família, e na qual o homem detinha a total soberania do relacionamento, defendendo, por isso, que na modernidade os indivíduos tendem a caminhar para “*um projecto igualitário do relacionamento entre homem e mulher*”.

Pierre Bourdieu, ao tentar explicar a dominação masculina nas sociedades modernas, fala de uma “*organização social androcêntrica*”. Esta ideia consiste para Bourdieu, numa divisão entre homens e mulheres assente num conjunto de oposições nas quais o homem tem sempre a supremacia.

Do mesmo modo, afirma ainda que a “*ordem androcêntrica*” não é uma construção das diferenças biológicas existentes entre o homem e a mulher, mas sim o contrário; “*não é phallus (ou a sua ausência) que é o fundamento desta visão do mundo, mas é esta visão do mundo que, estando organizada segundo a divisão em géneros relacionais, masculino e feminino, pode instituir o phallus, constituído como símbolo de virilidade, de ponto de honra propriamente masculino e a diferença entre os corpos biológicos, em fundamentos objectivos da diferença entre os sexos, no sentido de géneros construídos como duas essências sociais hierarquizadas*”(Bourdieu, 1998:28); (Torres, Anália, 2000:163)

Por outro lado, embora Bourdieu considere que nas sociedades contemporâneas a dominação masculina tenha vindo a perder algum “peso”, quando comparado com outro tipo de sociedades; no entanto, para ele, ainda assim, se mantêm determinados *mecanismos* que constroem essa dominação como uma “*relação de causalidade circular que se estabelece entre as estruturas objectivas do espaço social e as disposições que elas produzem tanto nos homens como nas mulheres*” (Bourdieu, 1998:63). Por outro lado, Bourdieu considera que a diferença entre sexos apresenta-se muitas das vezes de forma “naturalizada” e neste sentido afirma que “*É, sem duvida, no*

encontro entre as expectativas objectivas que estão inscritas, sobretudo no estado implícito, nas oposições oferecidas às mulheres pela estrutura, ainda muito fortemente sexuada, da divisão de trabalho, que as disposições ditas femininas inculcadas pela família e por toda a ordem social podem realizar-se e até ampliar-se, e encontrarem-se da mesma forma recompensadas, contribuindo assim a reforçar a dicotomia sexual fundamental (...)"(Bourdieu, 1998:64) ; (Torres, Anália, 2000: 164)

Resumindo, serão os homens, enquanto género, educados para discriminar de forma implícita as mulheres? Alguns sociólogos defendem que o Género por si só, não existe, ele é construído através das interações sociais que estabelecemos diariamente. O Género deverá ser entendido apenas como as diferenças psicológicas, sociais e culturais entre indivíduos de diferentes sexos, não se estando de modo algum a referir diferenças anatómicas ou fisiológicas. Esta distinção é fundamental, pois muitas das diferenças entre homens e mulheres não são de origem biológica.

Como vimos a Socialização do Género passa pela aprendizagem dos papéis do Género através dos agentes sociais, nomeadamente a família. As crianças nascem com o sexo biológico mas o Género social é desenvolvido através do contacto com os diversos agentes de socialização que, progressivamente, transmitem normas e expectativas sociais correspondentes ao sexo ("Os meninos não brincam com bonecas", ou "és um menino muito corajoso"). O tipo de sanções que são transmitidas ao longo de todo o processo de socialização, pressupõem um determinado comportamento. Se, por algum motivo, um indivíduo desenvolve práticas sociais que não correspondem às práticas tipificadas social e culturalmente para o seu sexo biológico, é tratado como tendo um comportamento socialmente desviante. Segundo esta perspectiva os agentes de socialização contribuem para a manutenção da ordem social ao supervisionar a socialização natural do género nas novas gerações, o que faz com que possa em determinadas circunstâncias ser este um dos motivos da falta igualdade de direitos e deveres entre géneros.

1.1 AMOR, FAMÍLIA E CONJUGALIDADE

Existem formas distintas e diferenciadas de incorporação do amor, dependendo do projecto de vida e da identidade do indivíduo nos valores e na visão global de conjugalidade. E os factores acima referidos: a profissão, o contexto cultural, o rendimento ou o nível de qualificação profissional, a origem e herança pessoal e os interesses afectam e relacionam-se com esta problemática, na medida em que a alteração no posicionamento dos homens e das mulheres na conceptualização da vida a dois veio alterar a forma como se relacionam na vida familiar, e consequentemente como partilham as diversas tarefas do dia-a-dia. Aqui a profissionalização da mulher, e o papel central que desempenha na estruturação da união conjugal, é essencial para compreender como o casal encara as funcionalidades do quotidiano. Quando a mulher privilegia os seus projectos pessoais e profissionais, a fusão conjugal tende a assumir um papel mais de reprodução familiar numa semântica discursiva de amor-amizade (Aboim 2006). Por outro lado, quando a mulher interioriza o seu papel feminino, indiscutivelmente institucionalizado, tende a assumir as tarefas como de sua obrigação, deixando ao homem o papel de homem responsável e fonte de segurança para a família. Estas hipóteses também respondem à autonomia individual de cada indivíduo, neste caso entre homem e mulher e ao facto de como o “eu” na relação pode afectar a divisão do trabalho doméstico ou as decisões relativas à família por parte do casal. Sendo assim e tendo estes factores como variáveis de análise, a origem é pois uma das variáveis que influencia não só a conjugalidade mas também todo o processo de interacção social em família e em comunidade, através dos seguintes aspectos: mobilidade geográfica, em que a visita aos membros da família fica reservada para certas ocasiões do ano (ex: Natal, Férias de Verão, Baptizados, Casamentos, etc.); mobilidade temporal, isto é os locais mudam, as casas transformam-se, as recordações apagam-se, etc... e para o indivíduo uma parte do presente torna-se passado. Por último temos a mudança relacional, em que as relações se alteram tendo em conta que o indivíduo deixa de coabitar o mesmo espaço que a sua família. Sendo assim e através destes aspectos a Origem transforma-se em laço familiar e lugar de origem.

Estando o Mundo num processo de mudança, assistimos de certo modo a uma revolução ao nível da maneira como nos relacionamos com os outros e à forma como pensamos de nós próprios. Estas alterações atravessam as fronteiras de qualquer país, por exemplo a China está neste momento a considerar tornar o processo de divórcio mais difícil, isto porque durante a revolução cultural as leis sobre o casamento que foram publicadas, eram de certo modo liberais. O casamento foi considerado apenas como um acordo de trabalho que pode ser dissolvido quando qualquer um dos elementos do casal entender que seja essa a sua motivação. As relações familiares são um campo de batalha entre tradição e a modernidade. Anthony Giddens apresenta no seu livro “O Mundo da Era da Globalização”, um conceito que consideramos interessante, onde pretende tipificar as relações familiares, designando por “Relação Pura”, uma relação baseada na ligação emocional, em que as recompensas derivadas da ligação constituem os alicerces para que esta continue. Este conceito apresentado por Anthony Giddens tem uma dinâmica consideravelmente distante do que conhecemos como relações tradicionais. A relação pura é apenas um ideal tipo que considera que a relação familiar ou conjugal deverá ser eminentemente democrática. Este ideal tipo defende que numa relação entre iguais, cada parte tem os mesmos direitos e obrigações. Giddens apresenta uma perspectiva bastante interessante, pois considera que um dos problemas das sociedades actuais é a família tradicional e relaciona a evolução democrática e económica das sociedades com a promoção da igualdade de género e a educação das mulheres. No fundo o que nos transmite é que um dos problemas das sociedades actuais é o da a continuação dos princípios vinculados pelas sociedades ancestrais e no caso pela família tradicional.

O pensamento de Anthony Giddens faz-me colocar a seguinte questão, que me pareceu pertinente durante a pesquisa, que é, será possível sem ser através de uma evolução educacional e cultural das gerações vindouras, obtermos igualdade de direitos e deveres entre homens e mulheres? A sociedade actual em que vivemos ainda possui “pesos” institucionais muito fortes, tais como uma sociedade baseada numa relação de poder entre homens e mulheres em que as diferenças e desigualdades de género são uma consequência da “sociedade patriarcal”. Está ainda incorporado nas sociedades actuais, um padrão de dominação do género feminino pelo género masculino, formando uma estrutura de poder que ainda subsiste, não só em termos da sociedade como um

todo, mas nas relações familiares. A incorporação destes valores e normas sociais são interiorizadas pelas pessoas através de experiências de vida e dos processos de socialização. A socialização é um processo através do qual os indivíduos aprendem e interiorizam um conjunto de normas, valores e comportamentos de uma determinada cultura, onde intervém um conjunto de agentes de socialização nomeadamente a família. O processo de aprendizagem é contínuo durante a vida, mas na fase de infância e adolescência são os períodos onde os indivíduos estão mais expostos à influência. G. H. Mead reforça no seu trabalho que existe uma tendência clara para que as crianças imitem, Piaget, por seu lado considera numa abordagem cultural-funcional, que o processo de socialização é resultado das características da cultura onde o indivíduo se insere, determinando desta forma a sua personalidade e o seu comportamento. No entanto o adulto passa também ele por processos de socialização relevantes para o seu desenvolvimento, a socialização legítima, reconhecida como necessária pela sociedade, como a formação profissional, a socialização ilegítima onde se presume, por exemplo, que o indivíduo deveria ter aprendido anteriormente o papel de cônjuge, passando este por vezes por difíceis processos de ressocialização que implicam reestruturar atitudes. A Socialização potencia a coesão e a integração social, permite igualmente uma estabilidade de comportamentos através da interiorização de normas e valores, no entanto pode este ser considerado um controlo social, favorecendo uma economia de sanções por intermédio de interiorização das normas, não sendo desta forma necessário recorrer à vigilância. É no meu entender fundamental, tendo em conta o trabalho desenvolvido, a análise através da forma como se transmite a cultura de uma geração à seguinte. Vários estudos elaborados têm demonstrado que a continuidade de valores e normas entre pais e filhos condicionam as suas trajectórias de vida. As origens familiares têm um condicionamento considerável no desenvolvimento das relações familiares futuras. E por isso será possível concluir que estes poderão ser alguns dos motivos pelo qual a evolução da sociedade nas suas relações familiares seja um processo lento? Será igualmente o Individualismo das sociedades modernas o novo problema das relações sociais familiares, colocando a sua existência pessoal enquanto indivíduo e a sua singularidade acima das suas próprias responsabilidades sociais e familiares? A violência no espaço privado da casa era uma prática considerada necessária, naturalizada, normalizada, mantendo um carácter privado que afastava a intervenção pública da

denúncia. «*Sendo o lar, por tradição, o local de eleição das vivências femininas, da histórica privatização das sociabilidades e dos afectos (...) e constituindo o lar também uma das “amarras” da libertação e da emancipação da mulher (...), faz sentido que seja esse o local onde emergem as conflitualidades de que ela é protagonista principal*» (Pais, 1996: 44-45) A imagem idealizada da família e da vida conjugal desde sempre se revelou pouco consonante com a realidade, tal como tem sido vivenciado por inúmeras mulheres. Podemos referir que é a partir destes três indicadores Amor, Família e Conjugalidade, que parte esta realidade invisível da violência doméstica e a imagem dicotomizada de papéis sociais relativamente a mulher / homem.

1.2. CONCILIAÇÃO ENTRE A VIDA FAMILIAR E ACTIVIDADE PROFISSIONAL

A dicotomia masculino/feminino desde há muito que definiu os papéis sociais atribuídos à mulher não só na sociedade, mas também na família. Já em 1869 John Stuart Mill (Mill, 2006: 11) considerava que as mulheres estariam subjugadas aos homens e que a desigualdade entre homens e mulheres era motivada pela divisão social do trabalho entre os sexos, resultante da socialização e da interiorização de um habitus específico (Bourdieu, 1998). Eram consideradas tarefas das mulheres cuidar dos filhos, ocupar-se das lides domésticas e do marido ou seja o papel da mulher circunscrevia-se à esfera privada da casa. Da parte do homem era expectável o sustento económico da casa e da família, assim como estava legitimado o uso da força física.

Das inúmeras transformações que ocorreram nas últimas décadas na esfera familiar, importa realçar aquelas que se deram no plano conjugal tanto a nível profissional, como no trabalho que se desenvolve no seio familiar (trabalho doméstico). Como é que estas transformações revolucionaram ou não o modelo tradicional até então dominante e neste sentido, será tido em conta não só a relação que os dois sexos estabelecem com o “trabalho pago”, mas também aquela que desenvolvem no trabalho “não pago” tentando assim perceber os papéis desempenhados por ambos os sexos em contexto conjugal. O homem e a mulher apesar da absoluta envolvência, cada um quer

ser livre em conjunto. Um dos exemplos em que poderemos observar esse individualismo é na divisão das tarefas domésticas, em que medida a divisão do trabalho doméstico é com base nas competências específicas e não no sexo pertença dos sujeitos.

A conjugalidade como uma realidade social, a sua evolução ao longo dos tempos relativamente a coabitação e a autonomia individual de cada um, ou seja a sua historicidade. É necessário ter em conta a origem, laços culturais e familiares dos indivíduos ou seja se estes irão ter alguma influência na socialização do casal. Associando também a esta problemática a abstracção do senso comum por parte do homem na medida em que ao longo do seu processo de socialização, as ideias são pré-concebidas, incutidas e apreendidas no seio familiar e no lugar de origem, influenciando a relação conjugal.

Reflectindo sobre a legitimidade da dominação no casal observo que o homem perde alguma da sua autonomia num tipo de aliança de amizade, existindo um esforço por parte do homem em deixar outras actividades exteriores (Idas a festas com amigos, a escolha pela mulher das mais diversas actividades, que no passado eram realizadas individualmente).

Relativamente ao *habitus* podemos dizer que existe um *habitus* conjugal forte dependendo do tempo da relação com é referido por Sofia Aboim (2006) caracterizado essencialmente por namoros jovens, existe um crescimento conjunto que é feito desde a adolescência e é assistida uma passagem para a idade adulta vivida de par com o cônjuge. Nesta problemática é possível verificar que existe uma diferenciação na medida em que a mulher aparece como o pilar da relação no que diz respeito ao exercício das tarefas domésticas e de organizar as tarefas mais banais da existência familiar, isto é a elaboração da lista do supermercado, a confecção das refeições, a arrumação das malas quando se vai de férias ou, até mesmo, pela escolha da roupa que o marido irá vestir de manhã, enquanto que o homem aparece essencialmente na generalidade com preocupações de carácter profissional. Tudo isto se passa como se fosse biologicamente natural o facto de a mulher ter uma capacidade para realizar certo tipo de determinadas tarefas neste caso tarefas domésticas incidindo na nossa

problemática. A mulher esta encarregue do trabalho doméstico, das sensibilidades e da estética, enquanto o homem aparece como sendo o elo mais forte, enquadrado em preocupações profissionais, ligadas a tecnologia e ao sustento do lar.

O casal pode configurar-se em torno da fusão (nós) ou autonomia (eu) valorizando no primeiro a reunião de factores em prol do comum, e no segundo a preservação das diferenças, portanto muitas formas de conjugalidade são admitidas (ABOIM, 2006). A conjugalidade é uma relação de intimidade muito particular, de absoluta complexidade de envolvimento entre dois indivíduos, cada um com a sua história de vida bem latente, que decidem unir-se num projecto comum. Aqui reside uma das maiores complexidades da sociedade actual, como é que estes dois “eu” se estruturam e organizam nas tarefas quotidianas. Será que esta relação de conjugalidade se estrutura e organiza em torno das tarefas quotidianas? Como exemplo também podemos ter o próprio consumo que pode constituir uma área de objectivação da identidade de género nos cônjuges, pela relação diferenciada que estes estabelecem com os diferentes bens e serviços. É possível determinar uma dicotomia objectivada consoante a identidade de género do cônjuge: exterioridade *versus* interioridade, instrumentalidade *versus* expressividade, social *versus* doméstico, publico *versus* privado, pragmatismo *versus* expressividade, funcionalidade *versus* aparência, tecnologia *versus* design, referenciado por Catarina Delaunay (2002).

Sendo o género feminino aquele que aparece como variável determinante para a divisão de tarefas domésticas, independentemente da classe social, da idade e do espaço geográfico, também os homens sentem igualmente vontade de participar nesta divisão e encontrarem-se mais presentes. Contudo as obrigações profissionais, tendem a prejudicar o seu posicionamento conjugal e familiar e apesar do envolvimento no mercado de laboral ser muito semelhante para mulheres e homens, são as mulheres que desempenham a maior parte das tarefas do lar. Sofia Aboim, no seu estudo esquematiza as várias formas de relação conjugal, de um modo geral parte da «família instituição» caracterizada por finalidades de sobrevivência e total subjugação à instituição matrimónio, para outras formas da modernidade como a «família associação», símbolo do triunfo do individual sobre o casal como reflexo da transformação histórica da vida familiar.

Nas várias formas de conjugalidade podemos definir seis tipos directamente

relacionados com o nível da classe social (baixa, média e alta) que são:

Aliança romântica (classe baixa; operariado) neste tipo o casal é assimétrico na divisão das tarefas domésticas, ou seja a mulher ocupa-se totalmente da lida doméstica, referindo-se ao marido como um segundo filho que tem de cuidar; Aliança de amizade (classe baixa; meios populares) aqui a mulher continua a realizar todas as tarefas domésticas, embora exista um esforço por parte do homem em deixar outras actividades exteriores exigidas pela mulher. Esta «domesticação» do homem resulta na perda de alguma liberdade pessoal, como por exemplo ir a festas com amigos, ver novelas em vez do futebol e até na escolha da sua roupa;

Companheirismo “em construção” (classe média; meios qualificados) uma relação sustentada também por uma aliança de amizade, em evolução para uma futura partilha de tarefas domésticas, este é um estilo mais autónomo e amical de casal;

Amor de “alternância” (classe alta; meios muito qualificados) um casal igualitário relativamente à divisão de tarefas domésticas. Os homens são mais defensores de um modelo igualitário, ainda que mais em teoria que na prática (Torres, 2005);

“Companheirismo apaixonado” e o “companheirismo de apoio” transversais do ponto de vista socioeconómico, distinguem-se por namoros muito jovens e complementam os anteriores já referenciados.

Neste pressuposto as várias tipologias de autonomia, influenciadas pela origem social, que também no estudo de Torres (2005) em Lisboa e no Porto, se pode verificar que as assimetrias ou simetrias na divisão de tarefas domésticas se relacionam com o lugar de origem, classificadas em três posições: **assimétricos tradicionais** que são os operários de todas as gerações, em que as mulheres fazem todas as tarefas e aceitam-nas como um acto natural valorizando-se a si mesmas; **os assimétricos atenuados**, como por exemplo os operários mais novos de Lisboa, que defendem e praticam um modelo mais igualitário; e **os igualitários** que tal como Aboim (2006) também referiu, são os de classes sociais com maiores rendimentos, qualificações escolares e profissionais, pela profissionalização, pelo rendimento e pelos interesses contribuem para o modo de relacionamento conjugal, tradicionalmente cimentado numa forte diferenciação passou a uma quase forma igualitária de papéis de género.

A profissionalização da mulher e o papel central que desempenha na estruturação da união conjugal, é essencial para compreender como o casal encara as

funcionalidades do quotidiano. Quando a mulher privilegia os seus projectos pessoais e profissionais a fusão conjugal tende a assumir um papel mais de reprodução familiar numa semântica discursiva de amor-amizade (Aboim 2006). Por outro lado, quando a mulher interioriza o seu papel feminino, indiscutivelmente institucionalizado, tende a assumir as tarefas como de sua obrigação, deixando ao homem o papel de homem responsável e fonte de segurança para a família.

“É necessário repensar as formas de organização do trabalho, no sentido de proporcionar a conciliação entre responsabilidades familiares e responsabilidades profissionais dos trabalhadores de ambos os sexos. Este é um tema pleno de actualidade, que tem sido amplamente discutido, e consagrado pela Constituição da República Portuguesa e faz parte das estratégias que visam a igualdade de oportunidades entre mulheres e homens no trabalho, incluídas nos Planos Nacionais de Emprego desde 1998. A implementação de políticas empresariais, que promovam a conciliação entre a vida profissional e a familiar, permitindo às mulheres mais tempo de dedicação à carreira profissional e aos homens mais tempo de dedicação à vida familiar.

A CITE promove e apresenta no seu manual de boas práticas de conciliação entre a vida familiar e a actividade profissional varias modalidades que visam essa mesma conciliação incluindo sugestões e exemplos do que se pode fazer e tem feito neste âmbito em diferentes países, e também em Portugal, é igualmente apresentado um conjunto de indicadores que permitem às empresas aferir as suas políticas de recursos humanos e formas de organização da actividade empresarial, e seguir novos princípios no sentido de se tornarem mais inovadoras no plano social, promovendo a igualdade de oportunidades no emprego. (DORES GUERREIRO, 2006: 7-10)

1.3. (RE)PENSAR O LUGAR DO GÉNERO NO PÚBLICO E NO PRIVADO: TRABALHO E SOCIEDADE

Podemos afirmar que assistimos a um elevado nível de precarização, desigualdade no acesso a saídas profissionais, diferenças salariais e na ascensão aos lugares de topo das organizações, trabalho empobrecido ou mesmo sem rendimento, como o doméstico, que empurram as mulheres para situações de

desvantagem e dependência, em muitos casos, perante o seu agressor.

“Público/privado” é usado tanto para referir-se à distinção entre Estado e sociedade (como em propriedade pública e privada), quanto para referir-se à distinção entre vida não doméstica e vida doméstica. (OKIN,2008:306)

Interrogo-me sobre a ocupação pelas mulheres do espaço público no campo do trabalho e do emprego. Sistemas fortemente burocratizados criados por e para os homens nos quais as mulheres são ainda posicionadas de forma contraditória como que excluídas, são frequentemente vistas como problema no interior de uma cultura masculina que reage com estranheza. As mulheres são consideradas, perturbadoras da norma social, dos modos de gestão e das masculinidades dominantes, são assim vistas no domínio público pois parecem desafiar a ordem “natural” das coisas. Um dos exemplos que demonstram essa mesma desordem provocada é quando a entrada da mulher no mercado de trabalho se faz pela via dos sectores que são na sua maioria ocupados pelos homens e ocupações de posições com uma carga de poder elevado que incluam tomada de decisões ou o uso de autoridade. As mulheres aparecem no domínio público como algo exterior a uma cultura dominante masculina que promove e legitima comportamentos e modelos masculinizados do mundo ao qual a mulher é vista como uma ameaça, ignorada ou remetida para os chamados “*assuntos de mulheres*”.

Resumindo podemos perceber que a mulher se encontra numa situação ambígua relativamente ao mercado de trabalho, ou seja por um lado a sua força de trabalho compreende um processo de integração e visa a igualdade entre homens e mulheres e por outro também pode produzir um fenómeno de diferenciação e segregação, isto porque encontramos referidos varias vezes sectores como sendo femininos como por exemplo nas áreas ligadas a saúde, educação e acção social, ao mesmo tempo são vistos como sectores em que se aposta numa abertura à igualdade e ao reconhecimento das mulheres, no entanto isto não passa de uma extensão das tarefas domesticas e familiares ligadas ao lar e ao cuidar, é assim que são socialmente vistos estes sectores quando ocupados por mulheres. Outra questão é que os homens também têm ganho avanço no que se refere as profissões ditas femininas como por exemplo a moda, media, culinária e decoração, logo esta competitividade vai fazer com que haja uma exclusão intra-género nas áreas que são também vistas como predominantemente femininas.

Reconhecendo a forte relação entre as esferas pública e privada conseguimos evidenciar o impacto do emprego das mulheres nas relações pessoais e destas no seu trabalho, como aspectos significativos no contexto actual de reconfiguração das identidades de género. Embora existam alguns avanços nomeadamente no que diz respeito a algumas políticas europeias e nacionais centradas na promoção da igualdade de género, o ao nível das práticas sociais parece não ser suficiente. É necessário existir uma mudança de mentalidades e comportamentos ao nível das organizações, dos serviços públicos e dos próprios trabalhadores, os processos têm de existir de forma natural e sem debate, sem estarem agregadas a um modelo de dominação e admitindo um melhor ajustamento das mulheres a esse mesmo modelo.

Reflicta-se, por exemplo sobre a falta de discussão acerca da situação de dependência económica de algumas mulheres ligada tanto à responsabilidade do cuidar e a um mercado de trabalho parcial e precário, como a um sistema de protecção social que, em parte, reflecte ainda um modelo social do homem como sendo o sustento do lar, apesar das realidades sociais demonstrarem ser bem distintas.

Num contexto político, económico e cultural em que a distribuição de recursos na família, como trabalho, tempo e dinheiro, está assente num quadro de relações de poder desigual, situa-se, particularmente, «no uso do tempo o maior obstáculo, hoje, para a participação das mulheres na democracia» (Darcy de Oliveira, 2006: 14). Assim, há que trazer ao debate duas ordens de questões fundamentais: i) os modos de divisão do tempo socialmente construídos e articulados com a mudança na família e no trabalho no século XXI (Jacobs e Gerson, 2004), ii) e as possibilidades trazidas pelas orientações europeias e pelas políticas dos diferentes estados para facilitar o acesso a uma independência genuína.

Esta seria primordial como pré requisito da autonomia e de uma cidadania substantiva (Lister, 1999), potenciando a corporização de relações de interdependência positiva, numa base equitativa entre mulheres e homens (Lister, 1997; 1999) através de uma reformulação do mercado de trabalho e dos sistemas de segurança social.

PARTE 2 - PROBLEMA SOCIOLÓGICO: CONSTRUÇÃO TEÓRICA E CONCEPTUAL

2.1. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

No meu trabalho quando falo em violência doméstica estou a contemplar apenas a vertente da violência conjugal, praticada maioritariamente por homens sobre mulheres no espaço privado. A violência conjugal, também referida como violência existente nos relacionamentos, é definida como qualquer tipo de violência, tentativa ou ameaça física praticada por um homem ou uma mulher contra a pessoa com quem ele/ela, tem ou teve um relacionamento íntimo (Baldry, 2003). Esta definição é ampla e inclui qualquer tipo de violência (e.g., sexual, psicológica, verbal) existente nos relacionamentos e não é limitada a relacionamentos nos quais os companheiros estão ou estiveram legalmente casados, nem é limitada pelo sexo da vítima ou agressor. A relação próxima entre agressor e a vítima leva a que a violência seja mais frequente e séria, existindo uma maior probabilidade que a violência ocorra quando o agressor e a vítima coabitam ou quando contactam frequentemente (e.g., no decurso da separação/divórcio ou no decurso de visitas às crianças). A violência conjugal é uma das formas mais comuns de violência interpessoal em todo o mundo. Também é reconhecido que a violência conjugal afecta de forma diferente homens e mulheres, sendo que as mulheres, mais do que os homens, tendem a ser, de forma mais continuada, vítimas de violência severa, incluindo o femicídio e sofrem muito mais danos físicos e psicológicos (Baldry, 2003; Kroop, Hart, & Belfrage, 2005; O’Leary et al., 1989; Walker, 1989). Segundo Dias in Cardoso (2012: 7-8) violência doméstica é *«qualquer acto, inclusive de omissão, ou ameaça que provoque nas suas vítimas danos físicos, psicológicos ou emocionais; que é praticado por pessoas com quem aquelas têm uma relação de parentesco consanguíneo, legal ou de facto com uma determinada intenção ou finalidade; e refere-se aos tipos mais frequentes de violência designadamente à que é cometida contra as crianças, as mulheres e os idosos»*.

Silva (2012: 9) considera a violência doméstica como «*Qualquer forma de comportamento físico e/ou emocional, não accidental e inadequado, resultante de disfunções e/ou carências nas relações interpessoais, num contexto de uma relação de dependência por parte da vítima (física, emocional e/ou psicológica), e de confiança e poder (arbitrariamente exercido) por parte do abusador, que habitando, ou não, no mesmo agregado familiar, seja cônjuge ou ex-cônjuge, companheiro/a ou ex-companheiro/a, filho/a, pai, mãe avô, avó ou outro familiar*»

Embora diferenciadas estas duas definições do conceito de “*violência doméstica*” detêm aspectos semelhantes na sua concepção, nomeadamente a intencionalidade, os diversos tipos de abusos, a não vinculação legal entre vítima e agressor, a não inclusão de valores referenciais relativos a frequência e intensidade das agressões.

Johnson (2011) em Lopes *et al* (2012: 25) considera três tipologias distintas de violência doméstica, de acordo com a sua estruturação no tempo, com o grau de violência envolvido e com a estrutura de relações envolvida. Deste modo temos o “*terrorismo íntimo*” definido como uma forma de violência que envolve violência física e/ou sexual, psicológica/emocional, chantagem, ameaças e culpabilização, entre outras, com um carácter progressivo, aumentando o nível de violência ao longo do tempo. Tende a ser predominantemente, mas não em exclusivo, aplicada por homens sobre mulheres.

Outra tipologia identificada é a “*resistência violenta*” e que surge como uma resposta instintiva das vítimas do “*terrorismo íntimo*” ao perceberem que as agressões serão continuadas se não houver algo que lhes ponha um fim. A terceira tipologia é a “*violência situacional*” que decorre da transformação de um conflito em agressão. As formas de agressão aqui envolvidas podem ser violentas ao ponto de colocar em causa a integridade física dos seus intervenientes. A principal diferença entre esta tipologia e a primeira tipologia analisada deriva do facto de que na “*violência situacional*” não estar identificada uma situação de submissão e dominação entre os intervenientes. (Lopes *et al*, 2012: 25) No Manual de Recursos da Direcção Geral de Saúde relativo a Violência Interpessoal (2014, p.24) a Violência assume ou pode assumir diversas perspectivas, tendo em conta a forma como este é percebido, vivido e representado, tanto por

parte da vítima, como do autor ou da sociedade. Pode assumir características de agressão física, psicológica, sexual, de discriminação e/ou constrangimento social, ocorrendo em diferentes contextos, na vida privada ou doméstica, escolar, laboral ou pública. No que diz respeito à frequência, pode corresponder a uma acção isolada ou a um processo de violência mais ou menos prolongado no tempo (Lisboa, Barroso e Marteleira, 2003; Lisboa et al., 2006). Ainda dentro da área da saúde, segundo a OMS no primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde publicado em 2002, refere um conceito que se mantém actual até a data *“Uso intencional da força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte, ou tenha a possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, compromisso do desenvolvimento ou privação”* (Krug et al., 2002)

2.2. AVALIAÇÃO E INDICADORES DE RISCO

A avaliação e indicadores de risco a que me refiro ao longo do meu trabalho pretende compreender como é realizado o controlo por parte das instituições sociais sobre os homens que possuem uma maior probabilidade de voltar a agredir ou ameaçar a vida das suas companheiras? Quem deve ficar sujeito a um programa de acompanhamento terapêutico? Quais as mulheres que devem usufruir de medidas de protecção? Finalmente e questão mais importante, quais as representações sociais dos profissionais de saúde relativamente aos indicadores de risco sobre a violência doméstica contra as mulheres. É de resposta a questões como estas que depende da avaliação de risco. A maioria da investigação sobre a avaliação de risco tem-se concentrado na predição do comportamento criminal, procurando estabelecer quais os factores de risco que estão associados à reincidência da violência (Palmer, 2001). A literatura refere que existem determinados factores que estão associados ao aumento da probabilidade da reincidência da violência (Gendreau, Little, & Goggin, 1996; Palmer, 2001), tais como, história criminal (e.g., tipo e severidade da agressão, condenações anteriores), variáveis demográficas, antecedentes familiares, factores sociais, factores

situacionais e variáveis psicológicas. Estes factores podem ser divididos em dois tipos de preditores: variáveis estáticas que não se alteram (e.g., história criminal prévia e antecedentes familiares) e variáveis dinâmicas que podem sofrer alteração ao longo do tempo (e.g., factores sociais, situacionais e psicológicos) e que podem conduzir a mudanças ao nível de risco (Simon, 1971, citado por Palmer, 2001). O principal objectivo da avaliação de risco é a prevenção, isto é, a determinação de quais os passos que devem ser tomados para minimizar os riscos. Mas isso não leva a que se consiga prever se o perpetrador irá ou não reincidir violentamente; para tal, será necessário avaliar outras premissas, tais como, natureza, iminência, severidade e frequência da violência (Hart, 2001; Mulvey & Lidz, 1995). No que diz respeito a saúde foi elaborado um referencial técnico "Violência Interpessoal - abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde", inserido na acção de saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida. Esta iniciativa foi desenvolvida no âmbito das III Jornadas Nacionais Contra a Violência Doméstica e de Género, presidida pelo secretário de Estado adjunto do ministro da Saúde e a secretária de Estado dos Assuntos Parlamentares e da Igualdade. Este referencial tem por objectivos a promoção da igualdade, em particular a equidade em saúde, bem como a prevenção da violência interpessoal em adultos, através da articulação funcional com a já criada Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR).(Manual de Recursos da DGS, Violência Interpessoal - abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde, 2014, p. 17)

Resumindo, o papel dos profissionais de saúde, as boas práticas a implementar, os mecanismos de actuação e a acção preventiva. São estes os principais pressupostos do referencial técnico, um documento em "permanente construção, adaptável no terreno e sujeito a alterações", que tem como objectivo abordar de uma forma mais abrangente e esclarecedora a questão da violência. Assenta em três protocolos de situações distintas (suspeita, risco e perigo), o manual técnico segue um protocolo geral de com questões genéricas para os vários tipos de violência. Relativamente ao risco associado a violência nas relações de intimidade, neste manual são descritos quatro factores essenciais para que esse mesmo risco ocorra: factores macrossociais, relacionais, individuais e biológicos. (idem. 2014, p. 49). Resumindo existem diversos modelos que explicam a ocorrência de violência doméstica na conjugalidade dado que

esta é de origem multifacetada, mas é na relação entre estes factores e teorias psicológicas (traços de personalidade dos perpetradores/vítimas) e teorias sociais (factores externos: família, stress, aprendizagem social) que se baseia o fenómeno que pode ser descrito na área da saúde como “patologia da relação” e na vertente psicológica como “síndrome crónica” (Roberts, Hegarty e Feder, 2006; *cit in* Redondo, et al., 2012), são estas as condições que contribuem para o início e manutenção da violência doméstica nas relações de intimidade.

Para o desenvolvimento e implementação no terreno deste manual técnico será fundamental a consolidação de parcerias e a criação de redes de trabalho com as várias unidades e profissionais de saúde. Relativamente e ainda na análise do referencial técnico podemos verificar que o procedimento geral de actuação passa pelas seguintes fases: rastreio, detecção/avaliação, hipótese de diagnóstico, registo, actuação e sinalização. “O protocolo geral de actuação explicitado neste Manual entende o conceito de risco numa abordagem multidimensional, pelo que na **avaliação dos indicadores de risco** de violência torna-se fundamental ter em conta os seguintes aspectos:

» **A categorização dos riscos não é estanque**, uma vez que, na vida das vítimas, os tipos de violência e os níveis de risco entrecruzam-se e podem modificar-se subitamente. Daí, a complexidade em assinalar níveis fixos e generalizados para todas as vítimas que se encontrem em situações similares, pois omitir detalhes que as diferenciam pode inviabilizar a identificação de riscos;

» **A avaliação do nível de risco é dinâmica e multifactorial. Avalia-se a partir da combinação entre o tipo de comportamento violento (natureza), a frequência e escalada evolutiva deste (reiteração e iminência), a capacidade de resposta da vítima (estratégias de *coping*), perigosidade do/a agressor/a (dano) e percepção de perigosidade por parte da vítima;**

» **A informação qualitativa proporcionada pela vítima representa um dos indicadores de maior fiabilidade**, pois é a pessoa que mais informação possui acerca da violência e conduta do/a agressor/a. Porém, a sua experiência prolongada de vitimização pode alterar a sua percepção de risco e/ou gravidade da violência,

nomeadamente no que respeita à recordação de episódios pelo trauma associado, bem como a baixa autoconfiança e capacidade crítica, sobretudo em situações de insultos e difamação reiterados (Browne, 1987; Campbell, 1995; Dutton & Dionne, 1991);

» Durante o processo de avaliação, é fundamental **considerar aspectos mais qualitativos dos indicadores de risco** integrando-os num conjunto em inter-relação e inserindo-os num contexto, em detrimento da quantificação pura dos mesmos, que tende a dificultar a interpretação e associação entre estes;

» **Não existe graduação real no risco.** Em contextos de violência, não é possível falar, com rigor, de baixo, médio ou alto risco, em virtude de que somente a presença de actos violentos coloca em perigo quem se encontre nessa circunstância. **O grau de risco não é permanente.** Dada a imprevisibilidade do comportamento humano, nada garante ao/à profissional de saúde que alguém que apresente poucos indicadores de risco não possa ser vítima de homicídio. Por estes motivos, os **indicadores para avaliar o risco** não procuram assinalar “níveis”, mas sim **alertar para os tipos de risco e as circunstâncias específicas** da violência, com o objectivo de elaborar um plano de intervenção que considere todas as variáveis possíveis e uma adequada referenciação.” (Manual de ASGVCV – Violência Interpessoal – abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde, 2014, p.176) É através desta avaliação que é possível hierarquizar e categorizar as situações que se encontram num risco “elevado” e que permite intervir de maneira eficiente. É necessário ter em conta três pressupostos para que esta avaliação dos indicadores de risco funcione: a detecção, a percepção de perigo e o diagnóstico.

2.3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Interessa-me em particular e ao longo do meu trabalho tentar compreender o significado que os indivíduos dão ao fenómeno da violência doméstica e aos actos de violência, por isso importa clarificar o conceito de Representação Social. A identificação destas representações sociais possibilitará uma reflexão acerca do comportamento dos

profissionais de saúde no contexto de actuação profissional. Logo, em estudos sobre violência e relações de género, a Teoria das Representações Sociais é relevante, por possibilitar a compreensão de elementos que influenciam as atitudes e práticas em saúde.

A Representação Social é “ uma modalidade do conhecimento, socialmente elaborada e partilhada com um objectivo pratico e contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (Casimiro, Cláudia, “Representações Sociais da Violência Conjugal” in *Análise Social*, Lisboa: ISCTE, Volume XXXVII 8163, 2002, p. 605) A Teoria das Representações Sociais consiste no estudo da origem das ideias, da história do conhecimento humano, da construção de mitos e da transformação das idéias em senso comum (MOSCOVICI, 2003). Em resumo, uma representação é constituída por um conjunto de crenças, informações, opiniões e atitudes sobre um determinado objecto social (SÁ, 1998; GOMES; OLIVEIRA; SÁ, 2008).

As bases desta teoria surgem a partir da obra de Moscovici, *“La Psychanalyse, son image, son public”*, lançada em 1961 na França. Com a Teoria das Representações Sociais, Moscovici considera o saber do senso comum, não dualizado com o saber científico, que ele denomina universo consensual e reificado, respectivamente. Partindo do pressuposto de que existem formas diferentes de conhecer e de se comunicar, o universo consensual consiste principalmente na conversação informal, na vida cotidiana, enquanto o universo reificado se cristaliza no espaço científico, com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna. As representações sociais constroem-se com mais frequência na esfera consensual, embora ambas não sejam totalmente estanques e apesar de terem propósitos diferentes, são eficazes e indispensáveis para a vida humana (ARRUDA, 2002; MOSCOVICI, 2003; WOLTER, 2011).

Para entender como as representações são construídas nos grupos sociais, são fundamentais os conceitos de Objectivação e Ancoragem. A Objectivação torna concreto aquilo que é abstracto, transformando um conceito em imagem de uma coisa, retirando-o de seu quadro conceitual científico. Trata-se de transformar o que é abstracto, complexo ou novo em imagem concreta e significativa, com base em concepções que nos são familiares. A Ancoragem, quanto a ela, corresponde à

incorporação ou assimilação de novos elementos de um objecto em um sistema de categorias familiares e funcionais ao indivíduo. Desse modo, um novo objecto é ancorado quando passa a fazer parte de um sistema de categorias já existentes (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2011). No referencial da Teoria das Representações Sociais, adotou-se a abordagem estrutural ou a teoria do núcleo central, proposta por Jean Claude Abric. Esta abordagem considera que uma representação social tem como característica ser organizada em torno de um núcleo central, consistindo em um ou mais elementos que dão significado à representação (ABRIC, 2005).

Os elementos presentes nesse núcleo são representações mais cristalizadas, que podem ser ou não transformadas, a depender da natureza do objecto representado, do tipo de relações que o grupo mantém com esse objecto e do sistema de valores e padrões sociais que constituem o ambiente de vida (SÁ, 1998; GOMES; OLIVEIRA; SÁ, 2008). As representações sociais expressam elementos culturais ou ideológicos acerca de um objecto, de uma situação, de outros indivíduos ou grupos, contemplando o saber do senso comum e orientando a acção (SPINK, 1995). No caso particular do objecto desta dissertação, a Teoria possibilita uma aproximação com os mecanismos psicológicos e sociais da sua produção, suas intervenções e funções, permitindo relacionar interacções sociais, processos simbólicos e condutas (ALVESMAZZOTTI, 2008) e assim esclarecer como os profissionais de saúde estão sensibilizados com o fenómeno da violência doméstica praticada contra as mulheres.

De acordo com a análise documental e literatura em torno das Representações Sociais relativamente a Violência doméstica por parte d@s cidadãs/ãos em geral podemos verificar que os inquéritos realizados em torno destas mesmas representações não são representativos da população portuguesa mas podem indiciar alguns aspectos relativos à representação da violência conjugal e fornecer algumas pistas para a realização do meu trabalho. Segundo a autora Cláudia Casimiro, as representações da violência conjugal variam de acordo com a sua origem/pertença social. As mulheres de classes sociais mais desfavorecidas associam a violência à força física, ao passo que as mulheres das classes sociais mais favorecidas é sublinhada a dimensão psicológica. Ela demonstra através do seu estudo que o nível de escolaridade e qualificação profissional são indicadores que demonstram ou aumento ou diminuição face a violência, ou seja

quanto menor o nível de escolaridade e qualificação profissional maior a tolerância em relação a violência, nas classes mais favorecidas o mesmo não acontece a relação entre o nível de escolaridade e qualificação profissional e a tolerância é exactamente oposta, ou seja quanto maior o nível de escolaridade e qualificação profissional, menor a tolerância em relação a violência. Passo a citar alguns destes exemplos descritos no estudo da autora:

“As entrevistadas do grupo social mais desfavorecido julgam a violência conjugal como uma prática tipicamente masculina que passa maioritariamente pela agressão física, exercida de forma continuada e premeditada e com a intenção explícita de ferir a mulher. Crêem que o seu uso tende a aumentar tanto de intensidade como de frequência, provocando situações de grande angústia e tensão. O facto de, essencialmente após as primeiras manifestações de violência do marido, acreditarem que ela não volta a repetir-se, criando a ilusão de que a relação marital se restabelecerá (sobretudo quando as desculpas usadas pelo agressor invocam o amor como prova do teor accidental da cena ou quando se multiplicam os pedidos de perdão), origina aquilo que podemos designar por ciclos de violência conjugal.” (Casimiro, 2002: 625),

“Em relação às entrevistadas da franja social privilegiada, a concepção relativamente à conjugalidade parece pender tanto para o modelo de «casamento-companheirismo», em que a relação afectiva e a partilha integral das actividades domésticas são valores máximos, atribuindo-se a maior importância ao «nós-casal», como para o modelo de «casamento-associação», um «mariage de raison», que contesta a ideia de um casal estável e fusional (Kellerhals e Troutot, 1982, pp. 195-222). Para muitas das mulheres deste grupo, a conjugalidade é encarada como uma fonte de realização pessoal em que se revela o primado da autonomia do «eu». A relação afectiva existe, mas em função dos indivíduos e para eles, permitindo-lhes a «revelação de si» (Singly, 1996, pp. 13-14), fazendo com que o valor prevalecente seja o «eu-indivíduo». Assim, estes modelos de relacionamento idealizados pelas entrevistadas em que os cônjuges devem partilhar direitos mas, igualmente, deveres supostamente idênticos ajudam-nos a perceber por que é que, do seu ponto de vista, o facto de o marido não ajudar nas tarefas domésticas pode ser um acto, em si, considerado violento.” (Casimiro, 2002: 628)

2.4. GOFFMAN E ESTIGMA

Erving Goffman é sem dúvida um autor que nos ajuda a entender em profundidade a problemática da Violência Doméstica através da sua teoria interaccionista e dos vários estudos realizados pelo mesmo em torno de conceitos como o género, o estigma, a fachada social, a identidade social e finalmente representação. O silêncio da maioria das vítimas e a dificuldade em pronunciar-se e denunciarem os actos violentos pelo que já passaram, leva-me a questionar o porquê destas mulheres vítimas de violência conjugal dessa mesma dificuldade em denunciar a violência infligida pelos seus companheiros? Como vivenciam esses actos de violência? E como essa experiência pode ser estigmatizante para essas mesmas mulheres? Tomando como referência os estudos de Erving Goffman (1988), a noção de estigma e representação social é imprescindível para tentar compreender não só o fenómeno de Violência Doméstica como estas experiências de violência vividas pelas mulheres. As Representações Sociais são um conjunto de explicações, crenças e ideias que no permitem evocar um dado acontecimento, pessoa ou objecto, resultam da interacção social e são comuns a um determinado grupo de indivíduos, logo não poderia deixar de citar Goffman que atribui uma grande importância às interacções quotidianas e tenta perceber de que maneira estas produzem as situações sociais. Os actores quando estão em interacção numa dada situação social, interpretam esta situação e gerem-na em função das suas interpretações. A interacção social torna-se num processo comunicativo entre os actores sociais no seu dia-a-dia. Representam um papel, de acordo com o sistema de valores e modelos que determinam o seu comportamento e usam uma máscara para esta representação. As aparências exercem um domínio muito grande sobre o comportamento dos indivíduos e dos grupos, levando-os a agir de forma a transmitir certas impressões aos outros, a transmitir uma imagem diferente do que eles são na realidade.

Esta interacção entre os indivíduos na representação de um papel, remete-os

para o colectivo, ou seja, é-lhes imputada dois tipos de identidade: a identidade social virtual e a identidade social real. A primeira é a personalidade construída pelos outros, construída com base na informação que possuem (modo de falar, de vestir, aparência física, capital cultural) e identidade social real é a personalidade real do indivíduo. O estigma surge quando estes atributos têm um efeito de descrédito para o indivíduo.

“O estigma não é apenas um atributo pessoal, mas uma forma de designação social. Ele consiste num tipo especial de relação entre atributo e estereótipo, pelo qual se constrói a diferença, uma vez que a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias.” (Goffman, 1980 [1963]), ou seja implica por parte das mulheres a sua desvalorização, inferioridade e situa numa posição de desvantagem em relação ao homem.

Enquanto processo social, o estigma para os atores social, torna-se num jogo entre a imagem real e virtual, da vitimização á aceitação/afirmação da diferença ou a ocultação do defeito: exibi-lo ou ocultá-lo.

Logo poderíamos afirmar que a vergonha e o estigma podem contribuir para a ocultação do fenómeno por parte destas mulheres e a incapacidade de denunciar o agressor. Relativamente ao conceito de identidade este também se aplica no âmbito deste fenómeno, no sentido em que a identidade dos indivíduos também cria relações de poder e autoridade. A identidade não é uma essência; não é um dado ou um fato - seja da natureza, seja da cultura. A identidade não é fixa, estável, coerente, unificada, permanente. A identidade não de maneira alguma homogénea, definitiva, acabada, idêntica, transcendental. Por outro lado, podemos dizer que a identidade é uma construção social, um efeito, um processo de produção, uma relação, um ato performativo. A identidade é instável, contraditória, fragmentada, inconsistente, inacabada. A identidade está ligada a estruturas discursivas e narrativas. A identidade está ligada a sistemas de representação. A identidade tem estreitas conexões com relações de poder (Silva, 2000, p. 96). Já Hall (2004) discute que a concepção de identidade que se materializa no sujeito pós-moderno, é a de um sujeito que não possui identidade fixa, ele não é composto de uma única identidade, mas de várias. É importante dizer, que as identidades mudam ao longo do tempo e os factores sociais

são o que nos influenciam, fazendo com que cada indivíduo incorpore novas identidades definidas pela história.

2.5. CONCEITO DE VITIMA

Desde 2000 que temos vindo a assistir a um aumento do esclarecimento e aprofundamento em torno da representação de vítima de maus tratos domésticos, flagelo que atinge uma dimensão elevada na sociedade portuguesa e que afecta mulheres dos vários extractos sociais. Com frequência uma mulher agredida questiona-se sobre as razões que estão na origem das agressões e tende, na maioria das vezes, a desculpar o agressor numa tentativa de evitar uma nova situação de violência. (Lisboa, 2006: 99) Tal como refere Lisboa (idem: 102) associadas à violência doméstica estão reacções emocionais que envolvem «*sentimentos de impotência, culpa, baixa auto-estima, medo e reacções de stress*». A mulher agredida desenvolve estados emocionais diversos que podem oscilar entre o medo e a raiva e entre a raiva e o ódio, podendo surgir uma resposta à agressão que fará aumentar a violência na resposta do agressor. (idem: 102) No final dos anos 70 surgiu o “*síndrome da mulher agredida*”, conceptualizado deste modo por Lenore Walker para designar as características que as mulheres vítimas de violência doméstica apresentam e que as tornam incapazes de “escapar” da relação em que estão envolvidas. O desânimo (*helplessness*) leva estas mulheres à depressão e a crença de que não há fuga possível. (Coimbra, 2007: 34). Segundo Choice e Lamke (1997) *apud* Silva (2012: 21) as vítimas colocam duas questões fundamentais ao ponderar a continuidade ou o término da relação:

“Será melhor para mim?”

“Consigo fazê-lo?”

A resposta à primeira questão será feita através da avaliação dos investimentos emocionais na relação, da satisfação pessoal e nas alternativas possíveis. A percepção dos outros sobre a relação poderá pôr em causa a tomada de decisão da vítima, ao encorajá-la a permanecer na relação. Importa salientar que a percepção social que é transmitida pelo agressor ao meio social exterior à relação é frequentemente diferente

da realidade vivida pela vítima, dada a imagem positiva do agressor que transparece aos outros. (idem: 22-23) Os sentimentos de vergonha relativamente às agressões sofridas, as crenças sobre o casamento visto como compromisso para toda a vida e vivenciar a violência conjugal como algo “normal” são factores decisivos que são ponderados pelas vítimas e que levam à permanência na relação. (idem: 22)

Relativamente à segunda questão, o factor económico (emprego, salário) vai ser tido em conta neste questionamento. (*ibid.*) Muitas vezes estas mulheres estão desprovidas do suporte económico que lhes permitam ser autónomas financeiramente, o suporte social que as poderia auxiliar foi de tal modo controlado pelo agressor que se vêm totalmente “abandonadas” à sua sorte e esta desmotivação da vítima pode pôr em causa a saída de uma relação violenta. A mulher, quando referida ao longo dos discursos é representada cada vez mais como vítima, como alvo de um comportamento que a coloca numa posição de inferioridade.

2.6. REGIME JURIDICO

A violência doméstica hoje em dia é considerada como um crime público, deve ser assumida como responsabilidade de toda a sociedade e não apenas das instituições, no sentido da protecção das vítimas de violência doméstica, que em muitos dos casos pode resultar na sua morte. As políticas de prevenção e combate à violência doméstica passam pela criação de respostas organizadas e de uma intervenção em rede. Não sendo específico para situações de violência doméstica, os artigos 153º (Ameaça) e 158º (Sequestro) no Código Penal, mas podem ser aplicados uma vez que há um atentado contra a vida, a integridade física, a liberdade pessoal, a liberdade e a autodeterminação sexual. A violência doméstica é um problema de saúde pública, as vítimas estão sujeitas a grandes riscos, necessitando de recorrer com frequência ao sistema de saúde, desta forma, o Decreto-Lei nº 201/2007 de 24 de Maio, pretende incentivar uma maior facilidade ao acesso aos cuidados de saúde, isentando as vítimas de violência doméstica do pagamento de taxas moderadoras (al. I), artigo 2º), alterando assim o Decreto-Lei nº 173/2003 de 1 de Agosto. O Despacho nº 20509/2008 de 5 de Agosto vem regulamentar a isenção das taxas moderadoras, desde que alguém declare perante pessoal técnico da

área da saúde, ser vítima de maus-tratos e que os sintomas ou lesões comprovem essa situação.

Com o Estado Novo e o ressurgimento dos valores da Família o estatuto jurídico da mulher torna-se, novamente, mais frágil ao considerar-se que devia obediência ao chefe de família e que este teria *“o direito a uma moderada correcção doméstica”*, se tal se justificasse, colocando-se também a hipótese da dissolução do casamento através do divórcio como algo de muito difícil concretização. (Cardoso, 2012: 6). Apesar de Salazar valorizar o papel das mulheres como esposas e mães e afirmar a igualdade de todos os cidadãos, a Constituição de 1933 consagrava como excepção da igualdade as mulheres, assentando a justificação para a diferença em factores biológicos, *«a sua natureza»*, e factores ideológicos como sejam *«o bem da família»*.(ibid.). O Código Civil reflecte aquilo que era a sociedade portuguesa na época: conservadora, profundamente católica, empobrecida, pouco culta e maioritariamente rural com o papel feminino profundamente enraizado no estereótipo da boa mãe, boa esposa e obediente. (Bravo, 2007: 238) Com o 25 de Abril de 1974, as alterações à Constituição e ao Código Civil consagraram o princípio da igualdade estabelecendo, no artigo 36º, que *«os cônjuges têm iguais direitos e deveres quanto à capacidade civil e política e à manutenção e educação dos filhos»* (Cardoso, 2012: 6) e à vinculação entre si ao direito de respeito, onde se inclui a questão da violência conjugal como algo a ser combatido. Também o Artigo 13º da Constituição proibiu qualquer forma de discriminação em razão do sexo. O divórcio foi reintroduzido como forma de dissolução de todos os casamentos. Dai que surja no Código Penal de 1982, pela primeira vez, a consagração dos crimes de maus-tratos designado como *«maus tratos ou sobrecarga de menores e de subordinados ou entre cônjuges»* (idem: 11), no artigo 153º mas cuja criminalização dificultou a aplicação prática no caso dos maus-tratos entre cônjuges, nomeadamente na obtenção da prova de existência de *“malvadez ou egoísmo”*. (idem: 12) Na realidade tratou-se de acrescentar o crime de *“maus-tratos entre cônjuges”* à proposta já anteriormente apresentada em 1966, por Eduardo Correia, na qual apenas estavam previstos *“maus-tratos a crianças”* e *“sobrecarga de menores e de subordinados”*. (Duarte, 2012: 64)

Em 1995, a Reforma Penal torna este crime dependente da apresentação de queixa (anteriormente era considerado um crime público, torna-se assim crime semi-

público), retira-lhe a referência à “*malvadez ou egoísmo*” e adiciona os maus-tratos psíquicos, sendo as penas agravadas.

Em 1998 surge a possibilidade do Ministério Público avançar até à fase de dedução da acusação, independentemente da vontade da vítima, mantendo-se no entanto a natureza semi-pública do crime. (*ibid.*)

Até à Revisão Penal de 2007 verificam-se mais alterações na ordenamento jurídico, nomeadamente voltando-se a atribuir a natureza pública ao crime de violência doméstica (em 2000) e considerando a pena acessória de proibição de contacto do agressor com a vítima, na residência desta.

Segundo Tavares (2008: 416), relativamente à atribuição da natureza pública ao crime de violência doméstica, a UMAR pronunciou-se do seguinte modo: «*a alteração da natureza do crime: de semi-público para público, traduziu-se num avanço importante. Quer porque coloca este tipo de crime na esfera pública, potenciando que todas e todos sejam agentes de mudança, quer porque o Direito o passou a incluir na categoria dos crimes que, violando direitos colectivos essenciais, nos torna por isso mesmo, responsáveis na sua denúncia*». A Revisão Penal de 2007 veio autonomizar o crime de maus-tratos em três tipos de crimes: “*violência doméstica*” (Artigo 152º1), “*maus-tratos*” (Artigo 152ºA) e “*violação das regras de segurança*”. (Artigo 152ºB) sendo clarificada a reiteração da prática dos maus-tratos físicos e psicológicos (os maus-tratos infligidos não têm de ser reiterados para serem condenados) e a sua intensidade. As penas acessórias foram estendidas para além do afastamento da residência da vítima, podendo haver fiscalização do cumprimento do afastamento do agressor relativamente à vítima (Cardoso, 2012: 13) assim como o tipo de relação entre agressores e vítimas foi também alargado relativamente ao enquadramento no crime de violência doméstica. (Duarte, 2012: 65)

PARTE 3 - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE DO CONTEÚDO

3.1. METODOLOGIA COMPREENSIVA E MÉTODOS QUALITATIVOS

Considerando os recursos materiais, temporais e pessoais disponíveis, inerentes a uma investigação desta índole, ao procurar responder a um questionamento cuja pertinência deverá ir para além da “imaginação sociológica” e reportar-nos para o plano da utilidade social, colocando-se a tarefa de encetar uma abordagem teórico-metodológica que permita, num mínimo de tempo, chegar ao resultado que melhor contribua para a compreensão do fenómeno e para o avanço do bem-estar social. O que determina a estratégia de investigação é a natureza da problemática a analisar e as condições da execução da pesquisa em termos científicos. O grau de recursos disponíveis determina também o nível de operacionalização da investigação, influenciando assim na própria estratégia adotada.

Após a fase de exploração, e de definição do objeto de estudo, onde o peso da subjetividade do investigador cunha desde logo (apesar da possível rutura com o senso comum) as decisões iniciais, coube evoluir de uma contextualização macro, de maior abrangência e de pendor mais quantitativo, para uma dimensão mais enfocada.

“Os métodos qualitativos devem eles próprios ser tomados como caminhos para a descoberta de teorias, conceitos, hipóteses e proposições, de modo algo indutivo, partindo-se dos dados e da observação, e não somente de marcos teóricos conceptuais existentes.” (Pais, M., 2002: 154).

“Os métodos qualitativos permitem aos investigadores ficar mais próximo dos dados e proporciona-lhes oportunidades para que derivem os seus conceitos dos dados que reúnem.” (Burgess, Robert, 1997: 2).

“ Cada uma destas perspectivas, se isolada da outra apresenta riscos específicos. Ambas – a visão aérea e a do nadador – mostram o quadro com certa simplificação. Ambas se inclinam a depositar uma ênfase unilateral.” (Norbert Elias).

Esta transição de uma análise quantitativa ou seja de uma análise macroscópica da realidade foi importante como exercício de enquadramento mas

esta não foi reveladora das representações sociais acerca da violência doméstica contra as mulheres, nem espelha a violência por parte dos profissionais de saúde, não contribuindo para a avaliação da segurança. Uma apreciação produzida apenas a partir de dados quantitativos não permite a eventual criação de indicadores de risco e avaliação no que concerne a violência doméstica, tal como não permite a detecção de reincidências dos actos praticados e detecção dos agressores. Com o objectivo de obter uma visão mais abrangente no que concerne às representações sociais sobre a violência doméstica, uma vez que se trata de desvendar e procurar perceber os sistemas de normas, de valores e de representações sociais dos indivíduos. Tendo em conta que na maioria dos casos as vítimas são mulheres, irei apoiar-me na análise de inquéritos e estudos já realizados em torno dessas mesmas representações nomeadamente o estudo da Casimiro, Cláudia (2002), “Representações Sociais da Violência Conjugal” Vol. XXXVII (Verão), Nº 163, pp.603-630, de entre outros autores. Irei incidir sobre os discursos destas mesmas mulheres referenciadas anteriormente nos vários inquéritos já realizados e seleccionarei os estudos que forem mais pertinentes para o meu objecto de estudo. Optei por um paradigma qualitativo, com utilização da observação, de entrevistas semi-directivas em profundidade com uma amostra por conveniência e uma análise do conteúdo. Devido aos procedimentos administrativos e burocráticos o acesso foi-me dificultado na região de Lisboa, tendo optado no processo de “ganhar acesso” a um contacto privilegiado no Hospital Pedro Hispano com a Assistente Técnica Rosa Areias que me permitiu aceder ao serviço de urgências e assim realizar as entrevistas a alguns dos profissionais de saúde que para tal se disponibilizaram. Integram também esta amostra: o representante na área da saúde e violência da Direcção-Geral da Saúde, o Drº Vasco Prazeres (coordenador do Núcleo sobre Género e Equidade em Saúde da Direcção-Geral da Saúde) no âmbito do seu trabalho em torno da violência interpessoal entre adultos e na respectiva avaliação de risco. O seu testemunho contribuirá para a compreensão do grau de sensibilização por parte dos profissionais de saúde relativamente ao fenómeno da violência doméstica contra as mulheres e também no âmbito da avaliação de risco por forma a aprofundar o conhecimento em torno desta avaliação, como ela se processa e é

aplicada. Na Secretaria Geral da Administração Interna, utilizarei mais um elemento que trabalha e é responsável por esta aplicação da avaliação, o Drº António Castanho, técnico superior da Secretária-Geral da Administração Interna. Não sendo possível abranger toda a população que se pretende estudar, então será necessário definir uma amostra representativa, isto é que forneça dela uma imagem o mais real possível. É através destes contactos que tento perceber e analisar as relações estabelecidas entre as várias instituições sociais (nomeadamente no que diz respeito a uma intervenção em rede) e a avaliação do risco sobre a violência doméstica contra as mulheres.

Da minha amostra fazem parte: 8 médicos, 4 mulheres e 4 homens com diferentes especialidades na área da medicina e que exercem a sua função fazendo atendimento às vítimas nas urgências do Hospital Pedro Hispano, com idades compreendidas entre os 30 e os 57 anos. O número de sujeitos para a entrevista em profundidade foi definido pelo processo conhecido como amostragem por saturação ou princípio da exaustão do conteúdo. De acordo com este método, a inclusão de novos participantes no estudo será concluída quando o conteúdo das entrevistas concomitantemente transcritas for repetitiva e não trazer mais nenhuma contribuição em termos de ideias, segundo avaliação do investigador (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Para Minayo (2010), parte-se da premissa de que a metodologia qualitativa não se volta para a quantificação da realidade investigada: logo, o processo de definição de amostragem não se circunscreve à perspectiva estatística de definição amostral (MARTINS, 2004). Por outras palavras, a abordagem qualitativa preocupa-se com a realidade que não dá para ser quantificada ou reduzida através de variáveis, já que existe uma relação entre sujeito e objecto, pela qual o sujeito não pode ser traduzido em números (MINAYO, 2010).

As entrevistas foram realizadas nas salas de atendimento da própria Unidade Hospitalar, com a aceitação da gerência, um espaço livre de interrupções e/ou qualquer outro factor de dispersão, tendo sido registadas com o auxílio de um gravador portátil após a permissão dos sujeitos, a fim de permitir a transcrição literal e maximizar a fidedignidade na exposição das falas.

O esquema de análise vai ter ainda em conta o vocabulário utilizado explicita ou implicitamente de determinados termos, categorias ou aspectos em torno deste fenómeno de maneira a reconhecer e a perceber quais as representações feitas em torno da violência doméstica contra as mulheres. É através das Representações Sociais, dos estudos de Erving Goffman e da revisão da literatura em torno deste fenómeno que irei fundamentar a minha análise.

3.2. ANÁLISE DO CONTEÚDO

Na entrevista e a partir das gravações em áudio digital das entrevistas, procedi à sua transcrição integral para posteriormente efetuar a análise do conteúdo dos textos. A minha dissertação de mestrado assenta numa abordagem qualitativa a partir de entrevistas em profundidade. A análise do seu conteúdo despertou a necessidade de aprofundamento de muitas das questões que surgiram nos discursos e aposta numa amostra onde pudessem emergir características socioculturais diferenciadoras das práticas e representações sociais associadas ao fenómeno da violência doméstica por parte dos profissionais de saúde.

Perante estes pressupostos e após as leituras efectuadas obtiveram uma série de dados, nomeadamente no que concerne ao meu objecto de estudo, ou seja: as representações sociais em relação aos indicadores de risco e a sensibilidade sobre o fenómeno da violência doméstica contra as mulheres por parte dos profissionais de saúde para lidar com este fenómeno, a apresentar através do discurso. As representações sociais dos profissionais continuam a ser informadas por um padrão hegemónico, que legitima e naturaliza a violência doméstica. Apesar da análise comparativa não permitir analisar alguns pontos no que toca ao padrão de acção por parte dos profissionais em relação a violência doméstica contra as mulheres, pelo que o número de entrevistas é diminuto devido a dificuldades técnicas, burocráticas e por falta de disponibilidade dos profissionais de saúde e técnicos de acompanhamento das vítimas para prestar declarações. Ainda assim, segundo as declarações prestadas pelo representante na área da saúde e violência do núcleo de Acção de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida da Direcção-Geral da Saúde “ *Neste momento o que estamos a*

falar agora é de um núcleo sobre género e equidade em saúde, mas isso é dentro da estrutura da Direcção- Geral da Saúde, há dois programas nacionais: um é a acção de saúde para crianças e jovens em risco que para além dos núcleos no terreno nos hospitais e centros de saúde, tem cinco interlocutores regionais e depois tem uma comissão de acompanhamento a nível central, aqui na Direcção- Geral da Saúde que faz ligação a nível nacional e essa comissão de acompanhamento eu coordeno essa comissão e há outros elementos que pertencem a Direcção-Geral e outros não, portanto isto na área das crianças e jovens em risco. Na área da violência em adultos o que foi criado foi digamos um programa, um projecto que se chama Acção de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida que também tem um grupo de acompanhamento que também é coordenado aqui, portanto são dois programas diferentes que obviamente articulados entre si que isto dos maus tratos em crianças e jovens e adultos esta intimamente ligado, quanto mais não seja porque uma grande parte dos maus tratos a crianças e jovens ocorrem no contexto de violência entre adultos, portanto ate por ai as coisas estão ligadas. Depois há uma outra coisa que é a participação da saúde nos programas nacionais, nomeadamente no programa nacional contra a violência doméstica e de género, ai nos participamos também a partir aqui do núcleo e a partir da interlocutora do Ministério da Saúde nesse programa que é a enfermeira Barbara Menezes que não trabalha neste núcleo mas ta ligada a área na divisão de saúde materna e infantil e dos adolescentes, pronto...”(E1);

“...Só que é um trabalho muito recente, foi divulgado há duas semanas talvez em termos genéricos, estas equipas estão agora a entrar em preparação, mas isso não vai ser uma coisa para um ano. Porque é assim, estes fenómenos complexos e a violência é um fenómeno muito complexo, exigem respostas também muito complexas não pode ser respostas simplistas, do tipo a partir de agora aplique-se o que aqui esta....” (E1) na entrevista podemos considerar que a violência doméstica contra as mulheres continua a ser legitimada pelas instituições sociais ainda de que maneira involuntária pela falta de preparação e formação dos profissionais de saúde *“...Isso não existe, é preciso ter a par de um referencial deste tipo que é volumoso e complexo, ainda por cima é para lidar com*

fenómenos que tem contornos muito variados e que são expressão também de representações sociais sobre o que é ser homem e o que é ser mulher e o que é o papel de um e o que é o papel de outros na sociedade não é?... e que vai bulir com sistemas de exercício de poder entre as pessoas e que também tem raízes e expressão dentro das próprias instituições, há modelos que estão instituídos de intervenção que de certa forma, involuntariamente claro..., mas que acabam por dar alguma cobertura ao próprio exercício da violência nos seus, múltiplos aspectos e de facto o que nós aqui procuramos fazer e julgo que é perceptível os porquês é olhar o fenómeno da violência de uma maneira ainda muito mais abrangente do que meramente a ideia da violência contra as mulheres,...” (E1) e não só legitima como cria e continua a reproduzir o mesmo sistema de valores, ideais, crenças, preconceitos e desigualdades como podemos verificar através desta resposta “Aqui a questão é mais pensar que em relação a outras patologias já existem standards de intervenção, já existem protocolos, as pessoas são mais conhecedoras do que se passa e portanto há outros mecanismos que ajudam os profissionais a lidar com as situações, aqui para além de isto ir, não serem questões as vezes muito objectivas em termos de saúde e que tem a ver com comportamentos e com crenças são fenómenos as vezes mais difíceis de serem manuseados pelos próprios profissionais exactamente se não se melhorar a sua preparação para o fazer, se não se criarem mecanismos e protocolos de intervenção e depois saber-se quais são os recursos ao dispor para lidar com isto, e quando falo em recursos, falo também nos dispositivos legais que existem para lidar com as situações, mas volto a dizer isto é um processo lento e vai demorar, mas nos estamos a procurar que ele esteja em marcha neste momento.”(E1) é importante ressaltar que a discussão e o aprofundamento das questões ligadas a Violência Doméstica contra as mulheres e de uma maneira mais abrangente a Violência Interpessoal entre os adultos deve ser melhorada e que os profissionais de saúde não se devem reduzir ao senso comum nem simplesmente a uma leitura biomédica em relação ao fenómeno da violência doméstica contra as mulheres, ou seja esta ambiguidade de discursos deve ser combatida “....A saúde pode fazer, na minha perspectiva, muito se olhar para o fenómeno de uma maneira diferente que é isso também que aconteça e se organizar a forma de resposta também de

maneira diferente, ou seja há muito tempo que nós sabemos que a saúde tem um papel a desempenhar nisto, alias pelos próprios trabalhos do Professor Manuel Lisboa, mesmo connosco aqui com a Direcção-Geral da Saúde se sabe isso o que é preciso é mudar um bocadinho o paradigma da resposta, da intervenção da saúde passando não apenas, e foi o objecto do começo da nossa conversa, a saúde sempre mexeu com estas coisas da violência respondendo sobre a perspectiva curativa ou mediadora das situações e o que se pretende aqui é que a saúde assuma a responsabilidade também na prevenção do fenómeno e isso passa por olhar de facto para os casos de uma maneira que contemple o facto de existir um antes das pessoas chegarem aos serviços de saúde com queixas, muita coisa se calhar ocorreu antes que motivou aquele momento de crise que leva de facto ao serviço de saúde e que depois disso também há a necessidade da saúde ter um papel na prevenção da recidivas e da recorrência do fenómeno, portanto no fundo é olhar a montante e a jusante daquilo que nos aparece a frente e aquilo que nos aparece a frente muitas vezes nem sequer é explícito é implícito e portanto também há que desenvolver mais os mecanismos de identificação de sinais e de factores e de contextos de risco de ocorrência, portanto a saúde tem um papel importante na prevenção exactamente desenvolvendo os seus mecanismos de detecção...” (E1)

Visto isto, as explicações dadas sobre a violência doméstica contra as mulheres por uma lado relacionam-se com a desigualdade de género e por outro reproduzem preconceitos que ainda não foram superados na nossa cultura “... Só que é um trabalho muito recente, foi divulgado há duas semanas talvez em termos genéricos, estas equipas estão agora a entrar em preparação, mas isso não vai ser uma coisa para um ano. Porque é assim, estes fenómenos complexos e a violência é um fenómeno muito complexo, exigem respostas também muito complexas não pode ser respostas simplistas, do tipo a partir de agora aplique-se o que aqui esta.... Isso não existe, é preciso ter a par de um referencial deste tipo que é volumoso e complexo, ainda por cima é para lidar com fenómenos que tem contornos muito variados e que são expressão também de representações sociais sobre o que é ser homem e o que é ser mulher e o que é o papel de um e o que é o papel de outros na sociedade não é ?.... e que vai bulir com sistemas de exercício

de poder entre as pessoas e que também tem raízes e expressão dentro das próprias instituições, há modelos que estão instituídos de intervenção que de certa forma, involuntariamente claro..., mas que acabam por dar alguma cobertura ao próprio exercício da violência nos seus, múltiplos aspectos...”(E1)

A perspectiva de género e o respeito à especificidade de cada um deles constituem elementos fundamentais para uma nova estruturação social e de direitos que contemplem a humanidade como um todo. A adopção da categoria de género vai permitir uma compreensão do fenómeno mais critica e aprofundada relacionando-a com a distribuição desigual no que respeita as relações de poder entre homens e mulheres na sociedade, que fazem com que a violência contra as mulheres nas suas variadíssimas formas perdure, perpetue e continue a desvalorizar o feminino e a sua subordinação ao masculino. Estas representações que são expressivas em grande volume na nossa sociedade podem ser modificadas e não apenas reproduzidas. A presente análise mostra que na área da saúde o aumento do numero de casos de violência doméstica contra as mulheres não provocou no quotidiano dos profissionais de saúde um impacto muito significativo pelo que ainda não existia ate hoje um mecanismo de controle ou registo desses mesmos casos dentro da área da saúde, ou seja ate a elaboração deste referencial técnico não houve uma responsabilização e um reconhecimento deste aumento de casos, nomeadamente do aumento do numero de mortes de mulheres vitimas de violência doméstica como um objecto de trabalho em saúde, pelo que se mostrava dependente de vontades ético-políticas. *“Na questão das crianças e jovens em risco pronto...isso foi criado, foi feito a formação ao longo dos anos, acções de formação genérica e depois acções de formação especifica em alguns temas no âmbito dos maus tratos e isso começou mais ou menos no principio de 2007 e depois mesmo por despacho ministerial foi criado esta estrutura e isso entrou em marcha e ai foi possível recolher e estão os relatórios publicados, sobre a casuística registada nestes núcleos, depois desde 2013 o que se fez foi procurar expandir esta logica de intervenção digamos que da violência nos diferentes tipos de violência nomeadamente a violência doméstica mas não só, expandir isso, portanto esse mecanismo de resposta ou esse modelo de resposta dentro dos serviços de saúde, tendo em vista todo o ciclo de vida, portanto não só*

as crianças mas também criar mecanismos de resposta para área da violência interpessoal no mundo dos adultos ...pronto. E isso fez-se em moldes semelhantes em 2013 também através de um despacho da Secretaria de Estado que criou equipas semelhantes as que estavam criadas para as crianças no domínio da resposta a violência nos adultos e é esse processo que agora esta em marcha com a preparação...” (E1)

De acordo com a análise da entrevista de uma forma abrangente podemos dividi-la em três dimensões (Anexo 2 – GRELHA DE ANÁLISE): Prevenção/Intervenção, Representações e Sensibilização.

No que foi referido anteriormente, como podemos verificar maior parte das respostas vão no sentido da prevenção e intervenção por parte da saúde e dos profissionais em relação a violência doméstica, infelizmente e devido a falta de dados concretos relativamente a actuação destes profissionais por este ser um tema ainda pouco trabalhado na área da saúde e muito actual no que diz respeito a sua promoção e divulgação, foi impossível recolher respostas que pudessem avaliar na realidade as representações que os profissionais de saúde fazem em torno da violência doméstica contra as mulheres pelo facto da sua formação e preparação neste campo ser diminuta “...A questão é ter mecanismos próprios, recursos próprios para serem mais capazes de lidar com o problema de outra maneira por falta de conhecimento, por falta de pratica e por falta de instrumentos mesmo dentro da instituição e a sua volta para lidarem com o fenómeno e é exactamente por isso é que se criam estas equipas.” (E1)

A entrevista é o instrumento mais adequado para abranger o sistema de representações, de valores, de normas veiculadas por um indivíduo, contudo a amostra não me permite analisar em profundidade as representações sociais por parte dos profissionais de saúde, a não ser que de uma forma abrangente “O que estiver a gravar estou a falar no passado... mas sim fui confrontado com isso, mas isso faz parte, para muitas pessoas do próprio ciclo da violência muitas vezes a negação dessa mesma violência não é, e as pessoas não interpretam face aquilo com que muitas vezes são confrontadas, de espelho quase que o profissional faz a própria pessoa não reconhece que aquilo que se esta a passar com ela é um acto de violência.”(E1) ;

“ Já e o tipo de evidência depende muito... se eu comecei por lhe dizer que de facto nós não estamos suficientemente documentados em relação a isso, é difícil estar-lhe a dizer isto é meramente opinativo... com o que fui confrontado mais...? Como qualquer profissional eu acho que provavelmente é a violência emocional, porque mesmo quando há violência física, há sempre violência emocional, sempre que há actos violentos que comprometem o corpo isso tem repercussões psicológicas, ou às vezes é o corolário de meses e de anos de violência psicológica, portanto se sempre que há violência física, há violência psicológica e se para além disso muitas vezes para haver violência psicológica tem de haver violência física então necessariamente há mais casos de violência psicológica”(E1)

Ainda no âmbito das representações sociais relativamente as mulheres e de acordo com os estudos já elaborados sobre este tema nomeadamente o de Cláudia Casimiro e segundo Costa e Duarte o que faz com que estas mulheres continuem a viver situações de maus tratos e a não assumir a violência doméstica com um acto criminal e punível por lei? Os autores referem que razões como “(...) os filhos, factores económicos, factores emocionais e pessoais, baixa auto-estima, ausência de redes de apoio, quer pessoais quer comunitários e sociais, desejo de proteger o companheiro e preservar a família unida”, (2000, p. 68) são aquelas que fazem as mulheres permanecerem na relação. É realmente complexo obter números reais relativamente aos casos de violência doméstica e caracterização das suas vítimas, muitas vezes porque as próprias vítimas escondem os dados reais, por vergonha e medo e outras porque não recorrem aos serviços de apoio.

No que diz respeito a terceira dimensão da minha grelha de análise, ou seja a Sensibilização, *“...muitos estão outros estarão menos, claro.... outros exactamente porque não sabem como lidar com as situações se calhar tentam não aprofundar muito os assuntos, claro que sim... e isto como eu lhe disse por dificuldade e por falta de preparação para lidar com as situações e depois por falta de recursos a sua volta também para depois de lidar com eles e detectar as situações, o que é que eu faço agora?...pronto.” (E1) ;*

“ Claro que sim os profissionais de saúde não são imunes a sociedade em

que vivem, claro que sim e para além disso... pode até acontecer um envolvimento com a situação até porque sendo elementos de uma sociedade que ela por si é violenta e onde a violência existe se calhar em algumas situações os próprios profissionais de saúde vêem noutras pessoas situações que eles próprios estão a viver,(...) Aqui a questão é mais pensar que em relação a outras patologias já existem standards de intervenção, já existem protocolos, as pessoas são mais conhecedoras do que se passa e portanto há outros mecanismos que ajudam os profissionais a lidar com as situações, aqui para além de isto ir , não serem questões as vezes muito objectivas em termos de saúde e que tem a ver com comportamentos e com crenças são fenómenos as vezes mais difíceis de serem manuseados pelos próprios profissionais exactamente se não se melhorar a sua preparação para o fazer, se não se criarem mecanismos e protocolos de intervenção e depois saber-se quais são os recursos ao dispor para lidar com isto, e quando falo em recursos, falo também nos dispositivos legais que existem para lidar com as situações, mas volto a dizer isto é um processo lento e vai demorar, mas nos estamos a procurar que ele esteja em marcha neste momento.”(E1)

Percebemos através destas respostas que os profissionais se encontram em fase de aprendizagem e formação sendo por isso impossível a sua sensibilização com base na experiência no que diz respeito a violência doméstica contra as mulheres. A crescente dificuldade dos sistemas de saúde na adaptação às dinâmicas sociais, políticas e económicas; os avanços da medicina, da ciência e a evolução da prática médica num âmbito curativo e mediador fizeram com que esta em muitos casos se tornasse mais impessoal, burocrática e desumanizada. Aqui podemos perceber a importância de se assegurar e garantir aos pacientes ou vítimas neste caso o respeito pelas pessoas e a promoção da equidade em saúde e a necessidade de construção de mecanismos que garantam a qualidade do atendimento e por aqui que também passa a sensibilização dos profissionais de saúde para com este tipo de fenómenos sociais. A sensibilização passa pela qualidade do atendimento e para que esta aconteça de acordo com as respostas obtidas com a minha entrevista, são necessários recursos, saberes, o registo de dados, mecanismos e protocolos de intervenção, dispositivos legais e essencialmente uma maior preparação e formação sobre a Violência Doméstica.

PARTE 4 – DISCURSOS SOBRE AS REPRESENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

4.1 A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

O tema da violência tem ganho grande visibilidade nos últimos anos devido ao impacto socioeconómico, inclusive sobre o sector da saúde. As vítimas da violência traduzem-se em milhares de euros gastos anualmente com a assistência à saúde em todo o mundo, sem falar nos dias de trabalho que estas perdem, na aplicação das leis e nas perdas em investimento.

A OMS afirma que a violência, pelo número de vítimas e pelo volume de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um carácter endémico e converteu-se num problema de saúde pública em vários países (MINAYO, 2006).

As estatísticas sobre violência dizem respeito antes às suas consequências directas. Entretanto, devemos considerar também as vítimas indirectas que faz, fenómeno muito mais difícil de ser mensurado. Por exemplo, em caso de homicídio, além da vítima, a família inteira é atingida (BISPO, 2011). A saúde devido ao aumento do número de casos de violência doméstica tem uma responsabilidade acrescida no que toca à prevenção pelo que pode e deve contribuir fazendo-o a partir do diagnóstico, registo e notificação dos casos de violência e do acolhimento às vítimas.

A falta de formação e conhecimento dos profissionais de saúde para atender integralmente pessoas em situação de violência doméstica é diversas vezes mostrada nos trabalhos realizados pelo país, mesmo sendo a saúde muitas vezes a porta de entrada para os casos de violência. É necessária uma visão mais aprofundada no que diz respeito a violência doméstica, como objecto pelos profissionais na área da saúde, e não apenas rementendo a questão como sendo somente uma questão judicial e de foro policial, a que tantas vezes ela é reduzida. Percebe-se, pois, que há muito a ser feito no sentido de garantir uma assistência que leve em conta as particularidades de cada um.

A violência contra a mulher, segundo a Organização das Nações Unidas é considerada a violação dos direitos humanos que mais afecta a saúde das mulheres em todo o mundo. Portanto, os profissionais de saúde devem identificar a violência doméstica, encarando-a como uma questão de saúde e como parte integrante do seu trabalho (LEAL, 2010). Assim, a violência torna-se um problema que diz respeito a todos nós enquanto técnicos, investigadores, estudantes ou profissionais de saúde.

Começamos a entender a necessidade de uma melhor compreensão da violência na área da saúde, pois segundo Minayo (2006), mesmo não sendo a violência um problema exclusivo da área da saúde, ela afecta directamente os indivíduos causando impacto não apenas em termos individuais, mas também em termos colectivos implicando perdas para o bem-estar, para a segurança da comunidade e os direitos humanos. A sensibilização em relação ao tema como pauta para a acção de saúde inicia-se com a questão da violência contra crianças. Em 2002, a Organização Mundial de Saúde incorpora na sua agenda prioritária a violência, incentivando todas as nações ao combate e prevenção a partir do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002). Sendo assim a saúde constitui um direito humano primordial para o desenvolvimento socioeconómico, o respeito à vida constitui um valor ético da cultura e da saúde e a promoção da saúde deve fazer parte de todos os planos, programas, projectos e iniciativas de redução de todos os tipos de violência e acidentes que previnam a morbilidade e consequente afectação da vida e bem estar dos indivíduos.

No entanto, a incorporação desta problemática na agenda de actuação do sector saúde mostra-se demorada e inconsistente: é importante considerar as inúmeras repercussões para a saúde das vítimas, que atravessam as fronteiras do biológico e dizem respeito também a aspectos biopsicossociais (MINAYO, 2007). Esta difícil incorporação pode estar associada à dificuldade que têm os profissionais de saúde de admitir o seu reduzido “poder” de actuação, uma vez que a violência doméstica carece de políticas e intervenções intersectoriais e interdisciplinares para o seu combate e isoladamente não é possível tomar qualquer medida ou forma de prevenção.

Devemos pensar a violência como um processo bem mais amplo, enraizado nas dinâmicas sociais, históricas e culturais de forma insidiosa e muitas vezes simbólica, de difícil percepção (PESAVENTO, 2006).

A violência de acordo com o meu estudo e respectivas entrevistas tem sido pouco incorporada à pauta de actuação da área da saúde e dos seus profissionais, que possuem um papel fundamental e estratégico no combate e prevenção da violência, não só actuando no cuidado e na recuperação das vítimas, mas também na coordenação de acções específicas de promoção à saúde no seu sentido mais amplo.

4.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS MULHERES: MODELOS E VALORES SOCIOCULTURAIS

Nesta parte do trabalho apresento os dados resultantes da análise do conteúdo das entrevistas aos profissionais que participaram no meu estudo.

Organizei os dados por áreas temáticas e categorias que aparecem representadas na tabela em anexo (Anexo 3- Grelha de Análise) Prevenção/Intervenção, Representações e Sensibilização, após a análise descritiva dos mesmos.

Organizei os dados por categorias de acordo com o discurso representativo dos profissionais de saúde nas entrevistas.

PREVENÇÃO/INTERVENÇÃO - A comunicação deste fenómeno social tem um papel fundamental no desencadear de acções de prevenção, intervenção, protecção, vigilância e acompanhamento da situação de saúde relacionada com a violência doméstica. É um dos mecanismos que pode viabilizar a médio ou a longo prazo a garantia de direitos e protecção social das mulheres em situação de violência. É da responsabilidade da área da Saúde a sinalização da ocorrência de maus tratos e também de referir que nem todas as lesões físicas e psicológicas são identificadas como consequência de actos, omissões e contextos que estejam ligados a violência, existe uma necessidade de melhorar conhecimentos e competências técnicas no

que diz respeito ao tema da violência doméstica por parte dos profissionais, incluindo o fortalecimento das capacidades de trabalho cooperativo.

A falta de conhecimento e informação em torno deste fenómeno é quase nula como podemos verificar pelos testemunhos dos entrevistados:

“É insuficiente, a gente sabe que existe mas é insuficiente... mas definitivamente nem todos os profissionais estão atentos a essa questão. Acho que é uma mais valia mas tem de ser mais divulgada, difundida” (E3);

“Não faço ideia, não sei qual é a política social do estado português...”(E4);

“A resposta é exactamente a mesma.... Não tenho conhecimento.”(E4);

“ Eu não sei... não conheço... e chega-se a essa informação através de quem? Eu não tenho conhecimento eu acho que qualquer parâmetro de avaliação onde você tem de inserir informações é valido para você poder tirar uma rácio e melhorar a tua qualidade de atendimento e orientar protocolos e isso para mim é o logico ... o que há ã é suficiente... eu não tenho conhecimento ou por falha minha ou por quem é de direito informar eu não tenho conhecimento...”(E5)

Vários estudos incluídos numa revisão da literatura evidenciaram diversos aspectos facilitadores para o diagnóstico e intervenção dos profissionais de saúde junto da mulher vítima, a necessidade de formação inicial e contínua dos profissionais, o suporte institucional para criação de programas de intervenção, parcerias com a comunidade e divulgação da prevalência e dos recursos existentes podem funcionar como estímulos à triagem das situações, a implementação de protocolos que permitam a colocação de questões adequadas e sejam orientadores da intervenção correta, a existência de serviços adequados ao encaminhamento que sejam acessíveis e disponíveis tanto na instituição como na comunidade (como por exemplo departamentos de saúde mental ou casas-abrigos), que possam permitir aos profissionais encaminhar a mulher conforme as suas necessidades e assegurar a melhoria do seu bem-estar: *“com as estruturas que temos... eu acho que devia ser criada uma consulta direccionada para essa circunstancia, onde a própria vitima pudesse passar com o contacto por pessoas que ligadas a saúde*

pudessem abordar o problema de varias formas, existem uma serie de armas importantes como ensinar as pessoas a amarem-se a si próprias muitas delas não directamente ligadas a saúde medica no fundo mas são técnicas de auto ajuda que as pessoas deviam conhecer e essas sim poderiam ajuda-las a ultrapassar as situações com que se deparam”(E7);

“Não ...acho que é correcto sim porque se existir uma situação de avaliação de dano corporal ou se houver uma situação de avaliação de um procedimento clinico para se saber se ele esta a ser adequado ou não também é chamado a tribunal, porque não nestas circunstancias?...acho que sim”(E7)

REPRESENTAÇÕES - Segundo Vala (2000) baseando-se na Teoria das Representações Sociais de Moscovici, distingue três tipos de representações sociais, que de seguida apresento:

- *Representações sociais hegemónicas ou colectivas*: Um conceito que se sobrepõe ao de Durkheim. Este tipo de representações sociais referem-se a um conhecimento fortemente enraizado num grupo que o partilha e lhe reconhece o mesmo significado. Este tipo de representações orienta o comportamento dos elementos do grupo, mesmo individualmente, de acordo com as normas, a ideologia e os valores desse mesmo grupo. Neste caso, trata-se de grupos sociais organizados, estruturados e com uma identidade sólida. São deles exemplos, os grupos religiosos, os partidos políticos, e as nações;
- *Representações sociais emancipadas*: São um tipo de representação social que se caracteriza por ser independente do grupo de origem e que resulta da partilha de significados e entendimento sobre um objecto, entre grupos diferentes;
- *Representações sociais polémicas*: Estas representações sociais surgem do confronto entre grupos sociais que adoptam atitudes diferentes perante um mesmo objecto social, diferenciando-se e antagonizando-se relativamente ao que era até então entendido de maneira homogénea. São, por isso, representações sociais que surgem em momentos de conflito social.

Deste modo, as representações sociais encerram em si uma função de ordem e de orientação mas em simultâneo são também determinantes de identidades que

incluem ou excluem. “(...) vemos em actividade dois sistemas cognitivos, um que procede a associações, inclusões, discriminações, deduções, quer dizer, o sistema operativo, e outro que controla, verifica, selecciona, com o apoio de regras, lógicas ou não; trata-se de uma espécie de metassistema que retrabalha a matéria produzida pelo primeiro” (Vala, 2000, 463).

Segundo os testemunhos que cito em seguida os profissionais de saúde localizam-se no tipo de representação hegemónica:

“ A violência doméstica é uma situação transversal na sociedade mas de predominância nas classes baixas e a questão prende-se um bocado por factores culturais e pela própria educação porque muitos dos agressores são o espelho do que viram em casa, mesmo que nunca tivessem visto uma agressão física só por si, maior parte das pessoas viram numa geração anterior a minha pelo menos ou duas, episódios muito semelhantes, por exemplo em que a mulher era muito mais submissa em que havia muito mais vontade portanto ai imagino que seja uma questão cultural/educacional, mas depois nas classes mais altas imagino que seja uma questão de vergonha social um certo e determinado embaraço de poder assumir que uma pessoa formada, ou já com alguma capacidade monetária e financeira tenha esse tipo de postura”(E4);

“ A própria educação, não tanto a social normalmente as que não são de meios carenciados mas também as que foram educadas dentro de um ciclo de violência...”(E7)

SENSIBILIZAÇÃO - As mulheres vítimas de violência doméstica não esperam dos profissionais de saúde a resolução dos seus problemas mas sim que os mesmos questionem sobre a situação de violência, que as compreendam, que as informem e que lhes ofereçam apoio. A sensibilização dos profissionais de saúde para abordar a violência conjugal e a disponibilização de informação sobre os recursos contribuem para criar um ambiente seguro e de apoio. Esta percepção é favorável à evolução de um estado de negação e de auto-culpabilização em que se encontra a mulher para um estado propício a começar a considerar as mudanças à sua situação.

Diversos estudos têm citado a necessidade da violência doméstica ser integrada na avaliação habitual da saúde pelos profissionais, realidade global que ainda está aquém das expectativas. As pesquisas têm revelado que as mulheres, vítimas ou não concordam com essa abordagem que pode ser feita nas consultas preventivas ou curativas/controlado por médicos e enfermeiros. Como constatamos em seguida através dos testemunhos de profissionais de saúde esse apoio e sensibilização para com este fenómeno não se manifesta de todo no dia-a-dia destes profissionais ou na maioria dos que entrevistei, é uma pesquisa feita autónoma e individualmente por parte desses profissionais que não tem qualquer conhecimento, formação ou informação por parte das entidades competentes, neste caso estamos a falar na DGS e Governo, sobre o fenómeno da violência doméstica contra as mulheres:

“Sobretudo na área da medicina geral e familiar, podiam ser feitos, feitas mais sensibilizações nesse sentido não é, para nós na área da cirurgia geral é um bocadinho complicado não é por exemplo quando falo por exemplo sobretudo na consulta que não são assim tão poucas tento realmente alerta-las para fazer alguma coisa, mas é mais na prevenção lá está e na medicina geral e familiar, sensibilização não é?... Saber o que elas podem fazer, que apoios têm...? Etc...”(E10);

“É insuficiente, a gente sabe que existe mas é insuficiente... mas definitivamente nem todos os profissionais estão atentos a essa questão. Acho que é uma mais valia mas tem de ser mais divulgada, difundida”(E3);

“Os atendimentos a estas como as outras situações não faz dela mais especial que uma gripe, que um AVC ou... percebes? quer dizer... nós temos que abordar tudo com profissionalismo e essencialmente com foco, ou seja temos que focar na questão em si na questão mais urgente que é tratar o doente pelas queixas apresentadas, portanto isto é clínica geral agora se fores a psiquiatria a resposta será completamente diferente, nos aqui temos de nos focar essencialmente e mesmo quando fazemos pequena cirurgia, as vezes há questões físicas visíveis ou

traumáticas que tem de ser uma coisa muito direccionada em resolver aquele problema ou seja não vamos estar ali olha esta menina...quer dizer tem o lábio rachado ou tem uma ferida corto-contusa na região frontal, quer dizer não vou diferenciar essa senhora de uma senhora que tropeçou e bateu numa esquina, portanto tenho de fazer a limpeza da ferida e suturá-la”(E4);

“Não faço ideia, não sei qual é a política social do estado português...”(E4);

“A resposta é exactamente a mesma.... Não tenho conhecimento.”(E4);

“ Pronto. Continuo a dizer a mesma coisa, porrada nas mulheres!”(E4)

4.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AOS INDICADORES DE RISCO

Com base nas entrevistas e estudo bibliográfico percebemos que a categoria de análise na minha grelha relativa a Prevenção/ Intervenção esta intrinsecamente relacionada com a avaliação de risco “ *O objectivo da avaliação de risco é prevenir e não prever a violência.*”(Manual sobre Avaliação e Gestão de Risco em Rede, pág. 46) como referi anteriormente no trabalho o principal objectivo da avaliação de risco é a determinação de quais os passos que devem ser tomados para minimizar os riscos de ocorrência de violência doméstica. Sendo assim, Risco, Prevenção e Intervenção estão correlacionados. A avaliação de risco consiste num processo de recolha de informação acerca das pessoas envolvidas num determinado contexto de violência, com a finalidade de identificar o grau de perigosidade presente, facilitando o processo de tomada de decisão acerca do risco de reincidência da violência (e.g. Kropp, Hart, Webster & Eaves, 1994, 1995,1999)

“Este modelo é um modelo integrado, actuarial e que tem como objectivo integrar alguns itens de avaliação de risco que estão validados cientificamente como sendo aqueles itens que estão normalmente por trás de situações graves de violência

doméstica que muitas vezes podem conduzir ao homicídio e de alguma forma integramos 20 itens que depois são tidos em conta juntamente com a experiência do profissional de polícia.” (E2);

“Nós estamos a trabalhar no sentido de cada vez esta articulação ser mais eficiente, ...”(E2)

A necessidade de formação dos profissionais de saúde para o atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica tem sido evidenciada por diversos investigadores, para que tenham conhecimento sobre o fenómeno, desenvolvam capacidades e atitudes adequadas ao rastreio eficaz e diagnóstico precoce e estejam capacitados para a intervenção com técnicas de aconselhamento (Davidson *et al.*, 2001; Fernández Alonso *et al.*, 2003; Majdalani, 2005; Humphrey *et al.*, 2011)

Um estudo realizado por Sugg & Inui (1992) na universidade de Seattle, com médicos de família, revelou as dificuldades dos mesmos na abordagem da violência na família:

- Falta de tempo para o fazer mas também o medo de ofender as pacientes com a pergunta, a falta de preparação para abordar o tema (50%);
- Temor de não ter capacidade para controlar o comportamento da vítima (42%);
- Identificação com os pacientes (39%);
- Medo do confronto com o imprevisto e possível descontrolo da situação (20%);
- Alguns questionavam a credibilidade da mulher (Fernández Alonso *et al.*, 2003).

O mesmo posso confirmar através de excertos de algumas respostas obtidas através das minhas entrevistas:

“(...)acho que as condições que temos no trabalho actuais e as exigências que nos são feitas na nossa actividade a nível da saúde não nos permitem ter essas palavras adequadas para com as pessoas, não temos tempo adequado, somos pressionados pelo tempo e as pessoas precisam de tempo, porque cada uma delas tem uma abordagem específica, não há uma abordagem única para todas elas e é preciso entendê-las para conseguir sensibilizá-las e isto leva tempo e o sistema de saúde não nos permite nem o privado nem o particular porque o particular não é isento das mesmas falhas é exactamente a mesma coisa” (E7) , relativamente ao tempo que falávamos

anteriormente que tem de ser despendido com estas questões como referido anteriormente no estudo dos autores;

“(...) melhor acompanhamento por parte dos cuidados primários, os cuidados primários é quem esta em contacto com essas situações...”(E6) ;

“(...)sugerir pelo menos... aconselhar é uma coisa muito complicada porque nós não somos de forma nenhuma membros de direito para o fazer, ou seja não esta dentro das nossas capacidades gerir essas situações, nos temos que sugerir a vítima, não propriamente dizer: “olhe tem de fazer isto”...”(E4)

Através destes depoimentos podemos perceber o medo em lidar com o imprevisto que neste caso é o fenómeno da violência doméstica, por falta de formação e sensibilização o medo de lidar com estas questões passa por imputar responsabilidades a outros colegas na área da saúde psicólogos, psiquiatras, colegas na área da medicina geral e cuidados de saúde primários ... ou instituições sejam elas as forças policiais, instituto de medicina legal etc... quando estes casos devem ser resolvidos por todos os profissionais de saúde seja qual for a sua especialidade clinica visto que dão entrada nos serviços de urgência hospitalar muitas mulheres vitimas de violência doméstica e muitas delas não são devidamente aconselhadas e encaminhadas pela falta de formação ou sensibilização dos profissionais de saúde.

“ Sim acho que o médico deve ter uma atitude activa”(E6) ; “ Tratar, registar e aconselhar, informar e aconselhar...” (E6)

Lettiere, Nakano & Rodrigues (2008) desenvolveram um estudo com médicos e enfermeiros, no Brasil que mostra que os mesmos, embora considerem que a violência contra a mulher constitui um problema social sério, não evidenciaram conhecimento suficiente para intervirem e saberem o que deveriam fazer, reconhecendo a falta de formação como uma das causas para uma prática profissional centrada num paradigma biomédico e fragmentada no atendimento da mulher. Revelaram ainda outros factores causais como a falta de equipas multidisciplinares e de estruturas de suporte e

protecção, onde estejam incluídos, por exemplo, psicólogos. Os dados obtidos neste estudo reforçam a necessidade de formação sobre violência familiar como problema de saúde e a desconstrução de estereótipos e preconceitos sociais e culturais sobre a violência de género que impede os profissionais de agirem adequadamente.

Silva (1995) e Ramos (2004) referem que a atitude profissional dos vários actores sociais como médicos, juristas, advogados, polícia e assistentes sociais caracterizam-se pela falta de cuidado e atenção no atendimento, pela fragmentação da intervenção e pelo contributo para a perpetuação e banalização de um fenómeno social. Ramos (2004) afirma que os estereótipos e os preconceitos têm o objetivo de controlar o ambiente de forma esquemática, simplificada e rígida, pelo que constituem um obstáculo à comunicação, dificultando a transmissão de mensagens e a sua correta descodificação, impedem a percepção da realidade dos acontecimentos e influenciam negativamente as percepções.

Nesse sentido o conhecimento e compreensão dos profissionais dos diversos contextos culturais e sociais, o desenvolvimento da capacidade de auto-reflexão e de descentração de si, são aspectos que autora aponta como necessários na formação dos profissionais de saúde.

“A comunicação é uma componente importante dos cuidados de saúde e pode constituir um bom avaliador da qualidade dos cuidados de saúde” (Ramos, 2004, p. 297-298). Esta autora salienta que a frequente insatisfação dos utentes de cuidados de saúde está relacionada com as posturas comunicacionais dos técnicos, as quais devem ser reflectidas e alteradas para uma capacidade comunicacional interactiva, capaz de colocar em comum as significações da comunicação verbal e não-verbal e de permitirem um relacionamento empático e caloroso. Resumindo, esta postura e falta de sensibilização por parte dos profissionais em relação ao fenómeno dificulta a avaliação do risco e consequente Prevenção / Intervenção inerente a ocorrência ou recorrência de situações de violência doméstica contra a mulher.

CONCLUSÕES

Podemos em termos conclusivos referir que a Violência Doméstica contra as Mulheres é um problema social, político e de saúde na medida em que esta intrinsecamente ligada ao bem-estar social dos indivíduos, logo passa a ser também responsabilidade da saúde o combate e prevenção deste fenómeno social. Este tipo de violência deve ser enquadrado nas mudanças sociais ocorridas em relação ao papel social e familiar das mulheres e às desigualdades de género fortemente enraizadas na sociedade. Entre 2007 e 2008 no primeiro “Inquérito Nacional Violência de Género”, uma investigação pioneira em Portugal e a segunda a nível Europeu, por integrar também homens na sua amostra de 2000 pessoas, numa análise comparativa dos mesmos indicadores de vitimização (Lisboa et al., 2009a), o estudo mostrou-nos que esta questão é inerentemente uma questão de género em que a violência exercida contra as mulheres apresentava contornos de desigualdades de género e a pessoa agressora era do sexo masculino. “No campo da saúde, em 2004 foi realizada uma investigação por iniciativa da Direcção-Geral da Saúde, intitulada *“Saúde e Violência contra as Mulheres”*, que procurou estudar as potenciais relações entre a saúde das mulheres e os actos de violência de que tenham sido vítimas, numa amostra de 2300 mulheres utentes dos cuidados de saúde primários na região do Continente, com 18 ou mais anos. Apurou-se uma prevalência de vitimização de 34%, sendo a violência perpetrada maioritariamente por marido/companheiro ou ex-marido/ex-companheiro. O estudo revelou ainda que, relativamente a actos de violência ocorridos nos doze meses anteriores à investigação, 33% das mulheres não havia tido qualquer acção subsequente ao ato e apenas cerca de 2% havia contactado os serviços de saúde. No global, as mulheres vítimas apresentaram maior probabilidade de sofrerem de um problema a nível da saúde física e psicológica quando comparadas com as não vítimas (Lisboa, Vicente & Barroso, 2005)” (Núcleo de ASGVCV, VI, 2014, P.31)

Visto isto, é essencial o contributo da saúde para o combate e prevenção deste fenómeno não só porque este também acarreta custos económicos, sociais e individuais de saúde física e psicológica, custos que vão para além do efeito directo

sobre as vítimas mas também têm um efeito indirecto a outros níveis pagos por toda a sociedade, com carácter imediato ou com consequências a longo prazo, também nas gerações futuras.

Relativamente as questões colocadas ao longo do meu trabalho foi perceptível perceber que a amostra e o numero de dados obtidos não nos permite ter uma ideia aprofundada sobre as representações sociais por parte dos profissionais de saúde, mas sim sobre as mulheres e a sociedade em geral, segundo os estudos e as leituras realizadas dos autores abordados ao longo da minha análise. Ainda que não nos seja possível perceber em profundidade quais as representações, podemos perceber qual a sensibilização por parte dos profissionais em torno da violência doméstica contra as mulheres e qual a importância da saúde e o papel destes profissionais no combate da mesma, não passa simplesmente por uma atitude curativa ou biomédica “ Claro que sim os profissionais de saúde não são imunes a sociedade em que vivem, claro que sim e para além disso... pode ate acontecer um envolvimento com a situação ate porque sendo elementos de uma sociedade que ela por si é violenta e onde a violência existe se calhar em algumas situações os próprios profissionais de saúde vêem noutras pessoas situações que eles próprios estão a viver, mas isso é verdade neste aspecto como é verdade em outras patologias, um medico ou um enfermeiro que tem cancro pode lidar com mais dificuldade situações em que os seus utentes também estão com cancro, por exemplo ou alguém na família, claro que sim mas isso é em todas as áreas. Aqui a questão é mais pensar que em relação a outras patologias já existem standards de intervenção, já existem protocolos, as pessoas são mais conhecedoras do que se passa e portanto há outros mecanismos que ajudam os profissionais a lidar com as situações, aqui para alem de isto ir , não serem questões as vezes muito objectivas em termos de saúde e que tem a ver com comportamentos e com crenças são fenómenos as vezes mais difíceis de serem manuseados pelos próprios profissionais exactamente se não se melhorar a sua preparação para o fazer, se não se criarem mecanismos e protocolos de intervenção e depois saber-se quais são os recursos ao dispor para lidar com isto, e quando falo em recursos, falo também nos dispositivos legais que existem para lidar com as situações, mas volto a dizer isto é um processo lento e vai demorar, mas nos estamos a procurar que ele esteja em marcha neste

momento.”(E1) ou seja não basta a incorporação de protocolos e guias técnicos de actuação, mas sim uma mudança ao nível das mentalidades e comportamentos, a sociedade actual em que vivemos ainda possui “pesos” institucionais muito fortes tais como uma sociedade baseada numa relação de poder entre homens e mulheres em que as diferenças e desigualdades de género são uma consequência da “sociedade patriarcal”, um olhar diferente para o fenómeno da violência doméstica contra as mulheres, mais sensível e informado atento a todas as tipologias e especificidades da Violência contra as Mulheres, Um problema tão complexo quanto o da violência doméstica exige dos profissionais de saúde uma aprendizagem constante, tendo em consideração todos os ciclos da violência, o antes, o agora e o depois “... a saúde sempre mexeu com estas coisas da violência respondendo sobre a perspectiva curativa ou mediadora das situações e o que se pretende aqui é que a saúde assuma a responsabilidade também na prevenção do fenómeno e isso passa por olhar de facto para os casos de uma maneira que contemple o facto de existir um antes das pessoas chegarem aos serviços de saúde com queixas, muita coisa se calhar ocorreu antes que motivou aquele momento de crise que leva de facto ao serviço de saúde e que depois disso também há a necessidade da saúde ter um papel na prevenção da recidiva e da recorrência do fenómeno, portanto no fundo é olhar a montante e a jusante daquilo que nos aparece a frente e aquilo que nos aparece a frente muitas vezes nem sequer é explícito é implícito e portanto também há que desenvolver mais os mecanismos de identificação de sinais e de factores e de contextos de risco de ocorrência, portanto a saúde tem um papel importante na prevenção exactamente desenvolvendo os seus mecanismos de detecção...”(E1) ou seja não só dos motivos que levam as pessoas a atitudes agressivas ou conformistas mas também do conhecimento aprofundado das emoções que estes (vítimas e agressores) experienciam e da forma como podem aprender a controlá-las, no sentido de aconselhar e ajudar o próprio a agir em conformidade e a perceber o que se passa consigo (vitima/agressor).

É necessário uma transformação ao nível individual e os profissionais de saúde podem funcionar como uma espécie de “ponte” para essa transformação exigindo destas uma maior sensibilização e responsabilização para a complexidade

do problema com uma actuação mais humanizada e não tanto institucional para com o fenómeno.

Resumindo e visto que ainda nos encontramos na esfera da formação técnica e da aprendizagem por parte dos profissionais de saúde neste campo, seria importante num trabalho futuro analisar os resultados desta aprendizagem e fazer uma análise comparativa entre o médico/paciente neste caso as vítimas assistidas pelos profissionais de saúde e também uma investigação inter e multidisciplinar no sentido de apurar resultados no âmbito da intervenção em rede com as várias instituições sociais. É necessário garantir recursos aos profissionais de saúde para que estes possam ter um atendimento mais humanizado e especializado relativamente aos casos de violência doméstica que surgem no SNS, mas este continua a ser um problema não só da responsabilidade da saúde mas também da sociedade em geral e o foco essencial para o combate deste problema passa pela alteração de mentalidades e comportamentos que promovam as desigualdades de géneros e a consequente perpetuação dos papéis sociais entre homem e mulher culturalmente enraizados na nossa sociedade, criando desigualdades de poder em benefício dos homens. A promoção, a detecção/prevenção e o combate da violência doméstica contra as mulheres é essencial através de políticas públicas, da intervenção em rede por parte das instituições sociais não só na área da saúde, mas também com as forças de segurança pública e com a sociedade em geral é urgente e indispensável agir de modo a consciencializar a população para a mudança, uma mudança de representações socialmente partilhadas e culturalmente enraizadas.

A educação e a intervenção precoce para a prevenção e o desenvolvimento de relações de género mais igualitárias impõe-se para resultados a longo prazo. Os dados da violência no namoro fazem prever que esta situação se venha a tornar ainda mais preocupante no futuro, exigindo intervenção urgente.

BIBLIOGRAFIA

Abric, J. (2001). "Pratiques Sociales et Représentations". 3.^e Ed. Paris: Presses Universitaires de France.

Alarcão, M. (2002). "(Des) Equilíbrios familiares". Coimbra: Quarteto.

Arruda, A. (2002). "Teoria das Representações Sociais e Teorias de Género. Cadernos de Pesquisa". 117, p127-147.

Aboim, S. (2005), "Emoções e rotinas: A construção da autonomia na vida conjugal" Actas dos ateliers do V^o Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção. 146-155.

Aboim, S. (2006), "Conjugalidade, afectos e formas de autonomia Individual" Análise Social, vol. XLI (180). 801-825.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. (2008). "Representações Sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação". Revista Múltiplas Leituras, v.1, n. 1, p. 18-43, jan. / jun.

BISPO, T. C. F. (2011) "Rompendo o silêncio: estudo de vitimização de Agentes Comunitários de Saúde no âmbito do trabalho em Salvador-BA". Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva.

Baldry, A. C. (2003). "Stick and stones hurt my bones but his glance and words hurt more": The impact of psychological abuse and physical violence by current and former partners on battered women in Italy. International Journal of forensic Mental Health, 2(1), 47-57

Bruzonne, E. (2004) , “Um olhar sobre a desigualdade”, Revista Observatório Social, núm. 5.

BARDIN, L. (1977). “Análise de conteúdo”. Lisboa: Edições 70. Pag.41, 105

Burguess, R. (1997) “A Pesquisa de Terreno: uma introdução”, Celta Editora, Oeiras.

Costa, M. E. & D. C. (2000). “Violência familiar”. Porto: Âmbar.

Castro, P. (2002). “Notas para uma leitura da teoria das representações sociais em S. Moscovici”. *Análise Social*. Vol. XXXVII (164), p. 949-979

Casimiro, C. (2002) “ Representações Sociais da Violência Conjugal” in *Análise Social*, Lisboa: ISCTE, Volume XXXVII 8163 (603-630)

Casaca, S. (2005), “Flexibilidade de Emprego, Novas Temporalidades de Trabalho e Relações de Género – A reconfiguração da desigualdade nos novos sectores dos serviços” , Dissertação de Doutoramento, ISEG-UTL.

Cardoso, C. (2012), “A violência doméstica e as penas acessórias”, Dissertação de Mestrado em Direito Criminal, Porto, Universidade Católica Pólo do Porto

Cardoso, A. (coord.) et al (2005), “Principais percepções dos jovens do concelho de Matosinhos sobre violência doméstica”, Matosinhos

Davidson, L. L. [et al.] (2001). “Training programs for healthcare professionals in domestic violence”. *Journal of Women’s Health & Gender-Based Medicine*. 10 (10) p. 953-969

Darcy, R. (2006), “A reengenharia do tempo”, *Ex aequo*, 13, pp. 13-28.

Delaunay,C. (2002), “ Espaço doméstico e poder- a decisão conjugal sobre o consumo”

Actas do Colóquio Internacional “Família, Género e Sexualidade nas Sociedades Contemporâneas”.

Dores Guerreiro, M.; Lourenço, V; e Pereira, I.(2006) , “Boas Práticas de Conciliação entre Vida Profissional e Vida Familiar”, Lisboa, CITE.

Elias, N. (1992) “A Sociedade dos Indivíduos”. Zahar, Rio de Janeiro.

Fernández Alonso, M.C. [et al.] (2003). “Violencia en la pareja: papel del médico de familia”. *Atención Primaria*.32 (7), p. 425-433.

Ferreira, P. (2003) “Tendências e Modalidades da Conjugalidade” *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº43, 67-82.

Freire, N.(2004), “Políticas Públicas para mudar o cotidiano da mulher”, *Revista Observatorio Social*, núm. 5.

FONTANELLA, B. J. B. ; RICAS, J. ;TURATO, E. R. (2008)
“Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n.1.

Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1996). “A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works!” *Criminology*, 34, 575-607.

Giddens, A.(2010), “O Mundo na Era da Globalização” , Editorial Presença.

Giddens, A. (2010). “Sociologia”, Fundação Calouste Glubenkian.

Goffman, E. (1986 [1974]). “Frame analysis” (1986 ed.). Boston: Northeastern University Press.

Goffman, E. (1993 [1959]), "A apresentação do eu na vida de todos os dias", Lisboa, Relógio d'Água

Goffman, E. (1980 [1963]), "Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada", Rio de Janeiro, Zahar, p.11-13

HALL, S. (2004) "A identidade cultural na pós-modernidade." Rio de Janeiro, DP&A, Trad. SILVA, Tomaz e LOURO. Guacira

Jodelet, D. (1997). "Les représentations sociales". Paris: Presses Universitaires de France.

Jacobs, J. e Gerson, K. (2004), "The Time Divide. Work, Family and Gender Inequality", Cambridge, Harvard University Press.

Kropp, P. R., Hart, S. D., & Belfrage, H. (2005). „Briefspousal assault form for the evaluation of risk (BSAFER): User manual". Vancouver: Proactive Resolutions.

Lettiere, A.; Nakano, A. M. S. & Rodrigues, D. T. (2008). "Violência conjugal contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais". Rev. Esc. Enferm. USP, 42(3), p. 467-473.

Lopes, M. et al (2012), "Violência Doméstica, Manual de Recursos para a Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora", Évora, Universidade de Évora

Lister, R. (1997), "Citizenship, Feminist Perspectives", Nova Iorque, New York University Press.

Lister, R. (1999), «Promoting women's economic independence», in Geoff Dench (ed.), Rewriting the Sexual Contract, New Brunswick, Transaction Publishers, pp. 180-192.

Lisboa, M. , e Roque, A. “Violência no Plural: olhar os números e procurar as pessoas” in Lisboa, M., Carmo, I., Vicente, L., Nóvoa, A., Barros, P. P., Roque, A., Silva, S., Franco, L. e Amândio, S. (2003), “Prevenir ou remediar: os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres”. Lisboa: Colibri, pp. 121-138.

Lisboa, M., e Roque, A. “Violência no Singular: olhar os números e procurar as pessoas” in Lisboa, Manuel, Carmo, Isabel, Vicente, Luísa, Nóvoa, António, Barros, Pedro Pita, Roque, Ana, Silva, Sofia, Franco, Luísa e Amândio, Sofia (2003), “Prevenir ou remediar: os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres”. Lisboa: Colibri, pp. 155-165.

Lisboa, M. (coord.), Vicente, L. & Barroso, Z. (2005). Saúde e Violência Contra as Mulheres - Estudo sobre as relações existentes entre a saúde das mulheres e as várias dimensões de violência de que tenham sido vítimas. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-epublicacoes/saude-e-violencia-contra-as-mulheres-pdf.aspx>.

Lisboa, M., Barroso, Z., Patrício, J., & Leandro, A. (2009). “Violência e Género” - Inquérito Nacional sobre a Violência Exercida contra Mulheres e Homens. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.

Lisboa, M. et al. (2006). “Prevenir ou remediar: os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres”. Lisboa: Colibri.

LEAL, S. M. C. (2010) “Lugares de (não) ver?”: As representações sociais da violência contra a mulher na atenção básica de saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de PósGraduação em Enfermagem.

Lourenço, N., & Lisboa, M. (1992). “Representações da violência”. Lisboa: Centro de Estudos Judiciários.

Lourenço, N., Lisboa, M., & Pais, E. (1997). "Violência contra as mulheres". Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.

LALANA, P., (1998) "Sobre a metodologia qualitativa na pesquisa sociológica", *Análise Social*, vol. XXXIII (148), (4º.). 874-875

Mulvey, E. P., & Lidz, C. W. (1995). "Conditional prediction: A model for research on dangerousness to others in a new era". *International Journal of Law & Psychiatry*, 18 (2).

Maia, R. (2004). "Dicionário de Sociologia", Porto Editora.

MARTINS, H. H. T. S. (2004) "Metodologia qualitativa de pesquisa. Educação e Pesquisa", São Paulo, v. 30, n. 2, maio/ago.

MINAYO, M. C. S. (2006) "Violência e saúde". Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

MINAYO, M. C. S. (2007) "A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. Ciênc. saúde colectiva". vol.11.

MINAYO, M. C. S. (2010) "O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde". 12. ed. São Paulo: Hucitec.

O'Leary, K. D., Barling, J., Arias, I., Rosenbaum, A., Malone, J., & Tyree, A. (1989). "Prevalence and stability of physical aggression between spouses". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 263-268.

Okin, S. (2008) "Gênero, o Público e o Privado" *Estudos Feministas*, Florianópolis, 16(2): 305-332

Palmer, E. J. (2001). "Risk assessment: Review of psychometric measures". In D. P. Farrington, C. R. Hollin, & M. McMurrin (Eds.), *"Sex and violence: The psychology of crime and risk assessment"* (pp. 7-22). London: Routledge Taylor & Francis Group.

PROJECTO (2005) "Centro de Formação e Consultoria em Conciliação entre Trabalho e Família", Revista Mudar a Vida.

Perista, H. (2002), "Gênero e trabalho não pago: os tempos das mulheres e o tempo dos homens" *Análise Social*, vol. XXVII (163). 447-474.

PESAVENTO, S. "Memória e História: as marcas da violência. Revista de História e Estudos Culturais". Ano III, Vol. 03, n. 3, Jul, Ago e Set 2006

Poeschl, G. (2000), "Trabalho doméstico e poder familiar: práticas, normas e ideais" *Análise Social*, vol. XXXV (156). 695-719.

Pais, J. M. (2002) "Sociologia da Vida Quotidiana", ICS, Lisboa.

QUIVY, R. CAMPENHOUDT, L. (1995), "Manual de Investigação em Ciências Sociais", Lisboa, Gradiva

Roberts, B. (2006), "Micro Social Theory". Nova Iorque: Palgrave Macmillan, pp. 155-159.

Ramos, N. (2004). "Psicologia clínica e da saúde". Lisboa: Universidade Aberta.

Ramos, E. (2005), "A construção das origens pessoais: Herança e invenção" *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção*. 44-46.

Rosa, R. M. (2003) "A diferença que faz diferença" *Revista Habitus: revista electrónica dos alunos de graduação em Ciências Sociais – IFCS/UFRJ*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p.5-14, 30 mar. 2003. Anual. Disponível em: ww.habitus.ifcs.ufrj.br

SILVA, T. (2000) "A produção social da identidade e da diferença". In: SILVA, T. (org). Identidade e diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais. Petrópolis, RJ: Vozes

SÁ, C. P. (1998) "A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais". Rio de Janeiro, Ed. UERJ

SPINK, M. J. P. (1995) "Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das Representações Sociais". In: GUARESCUI, P.; JOVCHELOVITCH, S (org). Textos em Representações Sociais. 2a ed. Petrópolis (RJ): Vozes.

Sugg, N. K, Inui, T. (1992) "Primary care physicians response to domestic violence". JAMA, v.267, n.23, p.3157-60.

Silva, L. F. (1995). "Entre marido e mulher alguém meta a colher". Celorico de Basto: à Bolina Editores livreiros Lda.

Silva, J. (2012), "As competências emocionais em mulheres vítimas de violência conjugal", Dissertação de Mestrado em Psicologia Jurídica, Porto, Faculdades de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa

TRINDADE, Z. A.; SANTOS, M. F. S. ; ALMEIDA, A. M. O. "Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos". In: ALMEIDA, A. M. O. ; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. (Org.). (2011) "Teoria das Representações Sociais: 50 anos". 1 ed. Brasília: Technopolitik

Tavares, M. M. (2008), "Feminismos em Portugal (1974-2007)", Tese de Doutoramento em Estudos Sobre Mulheres, Universidade Aberta

Torres, A.C; Silva, F.V; Monteiro, T.L; Cabrita, M.; Jesus, F.H. (2000), “Porque não se revoltam as mulheres? Resultados de uma pesquisa nacional sobre a divisão do trabalho entre os sexos.”, Actas dos ateliers do IV Congresso Português de Sociologia (161).

Torres, A. C. (2004) “ Vida Conjugal e Trabalho”: Uma Perspectiva Sociológica, Oeiras, Celta Editora.

Torres, A.C; Moura, A.M (2005), “ Ideais simétricos e práticas desiguais: Conjugalidades em Lisboa e no Porto” Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção. 16-23.

Turner, J. H. (2010) “Theoretical Principles of Sociology”, Volume 1 Macrodynamics, New York, Springer, pp. 1-9.

Turner, J. H. (2010) “Theoretical Principles of Sociology”, Volume 1 Microdynamics, New York, Springer, pp. 271-281.

Vala, J. (2000). “Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano”. In Jorge Vala & Maria Benedicta Monteiro, coord. Psicologia Social. 4.ª Ed. Lisboa: Ed. Fundação Calouste Gulbenkian, p. 457-502.

Walker, L. E. (1989). “Psychology and violence against women”. American Psychologist, 44, 695-702.

WOLTER, R. (2011) “ Serge Moscovici: um pensador do social”. In: ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Z. A. (Org.). “Teoria das Representações Sociais: 50 anos” . 1 ed. Brasília: Technopolitik, Pág. 21-33.

SITES E DOCUMENTOS CONSULTADOS:

- Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego
www.cite.gov.pt
- Estatísticas APAV Relatório Anual 2013
<http://www.apav.pt/vd/>
- Associação de Mulheres contra a Violência
<http://www.amcv.org.pt/pt>
- Leis na Área da violência Doméstica
http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/Legislacao_AreaViolenciaDomestica.aspx#l
- Manual de ASGVCV – Violência Interpessoal – abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde, 2014
<http://www.dgs.pt/?cr=27191>
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial sobre violência e saúde. OMS, Genebra, 2002. Disponível em:
<http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd44-15-p.pdf> , Acesso em 22 de maio de 2016
- Manual sobre Avaliação e Gestão de Risco em Rede
http://www.pgdlisboa.pt/docpgd/files/1436798180_gestao_risco_emar.pdf,
acesso em 20 de Julho de 2016

ANEXOS

ANEXO 1: GUIÃO DE ENTREVISTA A INFORMADOR PRIVILEGIADO NA ÁREA DA SAÚDE E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

1 – Sendo Representante na Área da Saúde e Violência o que acha que tem feito aumentar o número de mulheres vítimas de violência doméstica e consequentes mortes das mesmas ao longo dos anos?

2 - O que pensa que pode ainda ser feito na área da saúde para prevenir ou combater essas mesmas situações de violência ou agressão para com as mulheres por parte dos companheiros?

3 - Considera que essas vítimas têm a consciência de que os seus agressores estão a cometer um crime punível por lei? Por quê?

4- Já foi confrontado com alguma situação em que a vítima se recusa-se a admitir que foi violentada pelo seu companheiro?

5 - Do contacto e acompanhamento que tem feito junto de pessoas que vivem estas situações, que motivos consideram estarem subjacentes à não apresentação de queixa contra os seus agressores?

6 – Qual o tipo evidência de violência doméstica mais comum que um médico tem quando uma vítima recorre a uma consulta de urgência ou mesmo de clínica geral (ex: física, emocional, psicológica...)?

7 – Acha correcto que quando é realizada a sinalização de um caso de violência doméstica por parte de um profissional de saúde este seja responsabilizado por essa mesma sinalização, no sentido de prestar declarações?

8 - Considera que deveria existir um mecanismo de intervenção em rede ao nível dessa mesma sinalização ou prevenção entre os profissionais de saúde e as forças de segurança?

9 - Acha que as crenças, os valores, os princípios que orientam a vida do profissional de saúde influenciam no diagnóstico da situação apresentada pela vítima?

10 - Considera que as Medidas de Política Social são facilitadoras de uma resposta adequada às dificuldades que as vítimas apresentam?

11 - Considera que os profissionais de saúde estão devidamente sensibilizados para com o fenómeno da violência doméstica nomeadamente contra as mulheres?

12 - Pensa que deveria existir um modelo de avaliação de risco para as mulheres vítimas de violência doméstica?

ANEXO 2: GUIÃO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAUDE QUE ASSISTEM AS VITIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

1 - Idade/ Sexo / Especialidade/ Hospital – Serviço de Atendimento?

2 - Qual o tipo evidência de violência doméstica mais comum que um médico tem quando uma vítima recorre a uma consulta de urgência ou mesmo de clinica geral (ex: física, emocional, psicológica...)?

3 - É comum surgirem-lhe situações identificadas pelas vítimas como de violência doméstica? Já foi confrontado com alguma situação em que a vítima recusa-se a admitir que foi violentada pelo seu companheiro?

4 - Considera que essas vitimas têm a consciência de que os seus agressores estão a cometer um crime punível por lei?

5 - Que motivos na sua opinião acha que podem estar por trás do facto da vítima muitas vezes não denunciar a situação e não apresentar queixa?

6 - Acha que o médico tem o dever de aconselhar e recomendar a vítima no sentido de prestar declarações e denunciar aquela situação as entidades competentes, ou seja as forças de segurança pública (PSP, GNR)?

7 - Quais são os procedimentos no atendimento as situações de violência doméstica neste caso contra as mulheres?

8 - O que acha que tem feito aumentar o número de mulheres vítimas de violência doméstica e consequentes mortes das mesmas ao longo dos anos?

9 - O que pensa que pode ainda ser feito na área da saúde para prevenir ou combater essas mesmas situações de violência ou agressão para com as mulheres por parte dos companheiros?

10 - Acha correcto que quando é realizada a sinalização de um caso de violência doméstica por parte de um profissional de saúde este seja responsabilizado por essa mesma sinalização, no sentido de prestar declarações futuras em tribunal?

11 - Acha que as crenças, os valores, os princípios que orientam a vida do profissional de saúde influenciam no diagnóstico da situação apresentada pela vítima?

12 - Considera que as Medidas de Política Social são facilitadoras de uma resposta adequada às dificuldades que as vítimas apresentam?

13 - Considera que o modelo de avaliação de risco e o referencial técnico actualmente em vigor facilita e consegue sensibilizar de alguma maneira os profissionais de saúde para com o fenómeno da violência doméstica?

ANEXO 3 : GUIÃO DE ENTREVISTA A INFORMADOR PRIVILEGIADO DA SECRETARIA GERAL DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA

1 - Quais as suas funções na Secretaria Geral da Administração Interna?

2 - Gostaria de saber em que consiste a ficha de avaliação de risco sobre a violência doméstica?

3 - Quais os homens que possuem uma maior probabilidade de voltar a agredir ou ameaçar a vida das suas companheiras?

4 - Quais as mulheres que devem usufruir de medidas de protecção?

5 - Quais são os factores ou os indicadores de risco que de certa forma alertam as forças de segurança para uma maior ou menor probabilidade de recidiva da situação de violência? Quais as informações mais relevantes das vítimas para uma melhor detecção do risco?

6 - Como pode esta prevenir a revitimização ?

7 - É possível neste momento ter uma ideia da fiabilidade e validade dessa mesma avaliação de risco?

8 - Qual o grau de precisão quanto a sua capacidade de previsão desse risco?

9 - Se a vítima se encontrar em perigo imediato de ser alvo de violência potencialmente letal, o perito médico ou outro membro da equipa forense deve ajudá-la a contactar a polícia ou um serviço de apoio à vítima. Acha que existe de certa forma uma boa intervenção em rede e uma boa articulação entre os profissionais de saúde e as forças de segurança na detecção e prevenção dos casos que tem surgido de violência doméstica?

10 - Considera que os profissionais de segurança pública estão devidamente sensibilizados para com o fenómeno da violência doméstica nomeadamente contra as mulheres?

ANEXO 4: ENTREVISTA Nº1 - ENTREVISTA A INFORMADOR PRIVILEGIADO NA AREA DA SAUDE E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Eu - Olá Doutor como esta? Desde já queria agradecer a sua disponibilidade para reunir comigo. Como surgiu a ideia da criação do núcleo de apoio as crianças e jovens em risco? Importasse que grave a nossa conversa?

E1 - “ Não tem problema nenhum, não tem problema...Nós começamos a uns anos a trabalhar mais as questões da violência na área dos maus tratos a crianças e jovens por um conjunto de circunstancias, portanto ai nós organizamos, fomos organizando ao longo dos anos os mecanismos de resposta no serviço nacional de saúde através de fundamentalmente três vias: a criação de equipas interdisciplinares, os núcleos de apoio de crianças e jovens em risco nos cuidados sub-primários, portanto nos centros de saúde e os núcleos hospitalares de crianças e jovens em risco a nível dos hospitais com atendimento pediátrico, pronto isto de uma maneira estruturada, criando digamos que uma rede de núcleos que tem varias atribuições, nomeadamente dar consultadoria a todos os profissionais que lidam com os maus tratos, com situações de maus tratos e também em algumas circunstancias serem elas próprias a conduzirem essas situações...”

Eu - Essa consultoria é baseada em quê? Do que se trata? É alguma formação específica que é dada aos profissionais de saúde?

E1 - “ Não independentemente (...ruídos secretária óculos a bater) desculpe o ruido se calhar esta a fazer interferência na gravação...”

Eu - “ Não tem problema....(risos)”

E1 - “ Ou seja é uma equipa interdisciplinar mais vocacionada para lidar com as questões dos maus tratos, enfim mais conhecedora e com mais treino e que apoia, que pode apoiar os profissionais nos casos concretos das situações em termos clínicos...”

Eu - Neste caso, na questão dos jovens em risco certo?

E1 - “Na questão das crianças e jovens em risco pronto...isso foi criado, foi feita a formação ao longo dos anos, acções de formação genérica e depois acções de formação específica em alguns temas no âmbito dos maus tratos e isso começou mais ou menos no princípio de 2007 e depois mesmo por despacho ministerial foi criada esta estrutura e isso entrou em marcha e aí foi possível recolher e estão os relatórios publicados, sobre a casuística registada nestes núcleos, depois desde 2013 o que se fez foi procurar expandir esta lógica de intervenção digamos que da violência nos diferentes tipos de violência nomeadamente a violência doméstica mas não só, expandir isso, portanto esse mecanismo de resposta ou esse modelo de resposta dentro dos serviços de saúde, tendo em vista todo o ciclo de vida, portanto não só as crianças mas também criar mecanismos de resposta para área da violência interpessoal no mundo dos adultos ...pronto. E isso fez-se em moldes semelhantes em 2013 também através de um despacho da secretaria de estado que criou equipas semelhantes as que estavam criadas para as crianças no domínio da resposta a violência nos adultos e é esse processo que agora está em marcha com a preparação...”

Eu - Mas o Doutor chegou a trabalhar nos casos de violência na conjugalidade?

E1 – “ Sim claro, estamos a trabalhar também nessa matéria... aliás é assim, não sei se recentemente consultou o site da direcção geral onde nos já colocamos o referencial técnico para a intervenção neste domínio, alias que o Professor Manuel Lisboa teve oportunidade de consultar um primeiro draft e depois deu uns aportes muito interessantes que também estão reflectidos neste documento, está na página da direcção geral de saúde.” “Isto constitui o referencial técnico para a intervenção nesta área, em todos os domínios da violência, nomeadamente nas relações de intimidade, poderá ver aí...”, “ A única coisa que eu lhe queria ainda dizer em relação a pergunta do numero de casos e da casuística, no que diz respeito as crianças e jovens em risco, nos começamos nos primeiros anos por fazer uma recolha da casuística a mão, digamos assim, portanto quando eu digo a mão é sem ser através de processos informáticos com um instrumento de recolha e de registo estandardizado por todo o país e que depois os dados são corrigidos ao nível das ARS's e depois aqui um pouco trabalhados para serem apresentados nos tais relatórios anuais que temos feito, paralelamente desde o ano passado foi possível...de 2000 e...sim desde o ano passado, meados de 2000 do ano passado, foi possível criar ... o ano passado não, peço desculpa já estou baralhado, no ano anterior foi possível criar através ou aproveitando uma reformulação que foi feita nos sistemas de

apoio a actividade clinica, portanto na medicina de enfermagem naquilo que era o programa nacional de saúde infantil e juvenil foi possível criar uma entrada para registo da violência sobre as crianças, portanto os maus tratos as crianças naquilo que na altura se designou por risco familiar e portanto essa quantificação das situações tem vindo a ser gradualmente trabalhada, documentada online, o que se vai fazer agora é também a partir de digamos dos ensinamentos colhidos deste sistema que ta virado para as crianças vamos procurar fazer o registo online das situações de violência interpessoal na área dos adultos, mas isso é um processo muito demoroso que esta a ser construído agora. Portanto não há ainda, ao contrario daquilo que se fez para as crianças e jovens em risco mas não vale a pena agora estarmos a tentar fazer tudo a pressa e a acelerar para criar um sistema manual de registo, vamos cria-lo online e portanto só daqui a algum tempo é que na perspectivada saúde nos vamos ter de facto um registo minimamente de qualidade para as situações de violência interpessoal na área dos adultos...pronto.”

Eu - Qual é o seu papel no núcleo de apoio aos jovens em risco na direcção geral da saúde?

E1- “ Neste momento o que estamos a falar agora é de um núcleo sobre género e equidade em saúde, mas isso é dentro da estrutura da direcção geral da saúde, há dois programas nacionais: um é a acção de saúde para crianças e jovens em risco que para alem dos núcleos no terreno nos hospitais e centros de saúde, tem cinco interlocutores regionais e depois tem uma comissão de acompanhamento a nível central, aqui na direcção geral de saúde que faz ligação a nível nacional e essa comissão de acompanhamento eu coordeno essa comissão e há outros elementos que pertencem a direcção geral e outros não, portanto isto na área das crianças e jovens em risco. Na área da violência em adultos o que foi criado foi digamos um programa , um projecto que se chama Acção de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida que também tem um grupo de acompanhamento que também é coordenado aqui, portanto são dois programas diferentes que obviamente articulados entre si que isto dos maus tratos em crianças e jovens e adultos esta intimamente ligado, quanto mais não seja porque uma grande parte dos maus tratos a crianças e jovens ocorrem no contexto de violência entre adultos, portanto ate por ai as coisas estão ligadas. Depois há uma outra coisa que é a participação da saúde nos programas nacionais, nomeadamente no programa nacional contra a violência doméstica e de género, ai nos participamos também a partir aqui do núcleo e a partir da interlocutora do ministério da saúde nesse programa que é a enfermeira Barbara

Menezes que não trabalha neste núcleo mas ta ligada a área na divisão de saúde materna e infantil e dos adolescentes, pronto...”

Eu - O que pensa que pode ainda ser feito na área da saúde para prevenir ou combater essas mesmas situações de violência ou agressão para com as mulheres por parte dos companheiros?

E1 - “ Só contra as Mulheres?”

Eu - “ Sim porque estou a trabalhar no âmbito da violência doméstica contra as mulheres...”

E1 – “ Hummmm, ok. Para já eu não tenho a certeza se estão a aumentar o número de casos se aumentou a sensibilidade social para isto, os mecanismos de empoderamento das pessoas neste caso específico das mulheres para relatarem as situações e se aumentou também o registo das situações, porque uma coisa é aumentar a violência outra coisa é aumentar o registo, o registo aumentou, pronto... tem vindo a aumentar e sabemos isso. Se isso corresponde a um aumento efectivo do peso do fenómeno é um pouco mais difícil de saber, pronto...ahhh o que a saúde pode fazer? A saúde pode fazer, na minha perspectiva, muito se olhar para o fenómeno de uma maneira diferente que é isso também que aconteça e se organizar a forma de resposta também de maneira diferente, ou seja há muito tempo que nós sabemos que a saúde tem um papel a desempenhar nisto, alias pelos próprios trabalhos do Professor Manuel Lisboa, mesmo connosco aqui com a direcção geral da saúde se sabe isso o que é preciso é mudar um bocadinho o paradigma da resposta, da intervenção da saúde passando não apenas, e foi o objecto do começo da nossa conversa, a saúde sempre mexeu com estas coisas da violência respondendo sobre a perspectiva curativa ou mediadora das situações e o que se pretende aqui é que a saúde assuma a responsabilidade também na prevenção do fenómeno e isso passa por olhar de facto para os casos de uma maneira que contemple o facto de existir um antes das pessoas chegarem aos serviços de saúde com queixas, muita coisa se calhar ocorreu antes que motivou aquele momento de crise que leva de facto ao serviço de saúde e que depois disso também há a necessidade da saúde ter um papel na prevenção da reincidivas e da recorrência do fenómeno, portanto no fundo é olhar a montante e a jusante daquilo que nos aparece a frente e aquilo que nos aparece a frente muitas vezes nem sequer é explicito é implícito e portanto também há que desenvolver mais os mecanismos de identificação de sinais e de factores e de contextos de risco de ocorrência, portanto a saúde tem um

papel importante na prevenção exactamente desenvolvendo os seus mecanismos de detecção...”

Eu - Pensa que deveria existir um modelo de avaliação de risco para as mulheres vítimas de violência doméstica?

E1 - “ É isso mesmo que nos estamos a desenvolver, alias este referencial técnico aborda exactamente tudo isso, isto que nós acabamos de produzir é um conjunto de modelos de avaliação, não só de avaliação mas também detecção de contextos de risco, factores de risco, de formas de abordagem do fenómeno junto das pessoas e depois de mecanismos de articulação entre serviços e instituições que permita criar digamos que uma rede de suporte.... Só que é um trabalho muito recente, foi divulgado há duas semanas talvez em termos genéricos, estas equipas estão agora a entrar em preparação, mas isso não vai ser uma coisa para um ano. Porque é assim, estes fenómenos complexos e a violência é um fenómeno muito complexo , exigem respostas também muito complexas não pode ser respostas simplistas, do tipo a partir de agora aplique-se o que aqui esta.... Isso não existe, é preciso ter a par de um referencial deste tipo que é volumoso e complexo, ainda por cima é para lidar com fenómenos que tem contornos muito variados e que são expressão também de representações sociais sobre o que é ser homem e o que é ser mulher e o que é o papel de um e o que é o papel de outros na sociedade não é ?.... e que vai bulir com sistemas de exercício de poder entre as pessoas e que também tem raízes e expressão dentro das próprias instituições, há modelos que estão instituídos de intervenção que de certa forma, involuntariamente claro..., mas que acabam por dar alguma cobertura ao próprio exercício da violência nos seus ,múltiplos aspectos e de facto o que nós aqui procuramos fazer e julgo que é perceptível os porquê é olhar o fenómeno da violência de uma maneira ainda muito mais abrangente do que meramente a ideia da violência contra as mulheres, não pode ser, na saúde isso não é assim porque para além da violência explicita e é essa que normalmente põe o próprio tecido social em polvorosa e é essa que dá capa aos jornais e as revistas e que é noticia de primeira pagina, há toda a violência insidiosa que ainda por cima tem múltiplas expressões em termos de saúde e que nós ainda não a conseguimos agarrar e é por isso é que isto também não versa apenas a violência sobre as mulheres, porque a violência sobre as mulheres e a violência sobre os homens para além de alguns aspectos ser debaixo de um modelo social semelhante... nós temos nos serviços todas as áreas da violência é bom não nos esquecermos disso... e muita

violência é uma violência reactiva a outras formas de violência e para além disso é bom não nos esquecermos que ao longo do ciclo de vida há quem comece por sofrer violência e que a medida que se percorre o ciclo de vida passe a exercer violência e se calhar no fim da vida vais sofrer novamente violência portanto todo este mundo complexo passa nos serviços de saúde e tem de ser abordado de uma maneira muito mais genérica e nos não podemos estar muito centrados só na questão da violência contra as mulheres... eu posso-lhe dizer que nós fomos e bem, não gosto da palavra “pressionados” porque dá sempre uma conotação negativa, mas numa perspectiva positiva nós fomos de facto temos sido pressionados para desenvolver um modelo de resposta a quê? A violência doméstica que entra nos serviços de urgências nos hospitais, isso é a ponta do iceberg, nós não podemos pegar só nisso porque senão estamos a viciar aquilo também aquilo que é a possibilidade de intervenção da saúde...”

Eu – Acha correcto que quando é realizada a sinalização de um caso de violência doméstica por parte de um profissional de saúde este seja responsabilizado por essa mesma sinalização, no sentido de prestar declarações?

E1- “ Eu diria que é assim os serviços de saúde devem ser mais responsabilizados por lidarem de melhor maneira com um fenómeno que já lá está que é o da violência e nessa perspectiva como os serviços não são uma abstracção, os serviços vivem daquilo que os seus agentes fazem ou não fazem, claro que os profissionais de saúde em termos genéricos necessitam de ser..... quando fala em serem responsabilizados é ahhhhh...exercerem??”

Eu – No sentido de prestar declarações futuras ou mesmo nos relatórios médicos...?

E1 - “Então mas isso é, não tem de ser mais ou menos, são! Por definição, são! São responsáveis por... claro que sim! A questão é ter mecanismos próprios, recursos próprios para serem mais capazes de lidar com o problema de outra maneira por falta de conhecimento, por falta de pratica e por falta de instrumentos mesmo dentro da instituição e a sua volta para lidarem com o fenómeno e é exactamente por isso é que se criam estas equipas.”

Eu – Considera que os profissionais de saúde estão devidamente sensibilizados para com o fenómeno da violência doméstica nomeadamente contra as mulheres?

E1 – (telefone tocar) “ peço desculpa, desculpe a interrupção mas eu tenho mesmo de atender...” “ Sabe que esta a conduzir a entrevista de uma maneira que parece uma

jornalista que esta contra a saúde, muitos estão outros estarão menos, claro....outros exactamente porque não sabem como lidar com as situações se calhar tentam não aprofundar muito os assuntos, claro que sim... e isto como eu lhe disse por dificuldade e por falta de preparação para lidar com as situações e depois por falta de recursos a sua volta também para depois de lidar com eles e detectar as situações, o que é que eu faço agora?...pronto.”

Eu - Acha que as crenças, os valores, os princípios que orientam a vida do profissional de saúde influenciam no diagnóstico da situação apresentada pela vítima?

E1 – “ Claro que sim os profissionais de saúde não são imunes a sociedade em que vivem, claro que sim e para além disso... pode ate acontecer um envolvimento com a situação ate porque sendo elementos de uma sociedade que ela por si é violenta e onde a violência existe se calhar em algumas situações os próprios profissionais de saúde vêem noutras pessoas situações que eles próprios estão a viver, mas isso é verdade neste aspecto como é verdade em outras patologias, um medico ou um enfermeiro que tem cancro pode lidar com mais dificuldade situações em que os seus utentes também estão com cancro, por exemplo ou alguém na família, claro que sim mas isso é em todas as áreas . Aqui a questão é mais pensar que em relação a outras patologias já existem standards de intervenção, já existem protocolos, as pessoas são mais conhecedoras do que se passa e portanto há outros mecanismos que ajudam os profissionais a lidar com as situações, aqui para alem de isto ir , não serem questões as vezes muito objectivas em termos de saúde e que tem a ver com comportamentos e com crenças são fenómenos as vezes mais difíceis de serem manuseados pelos próprios profissionais exactamente se não se melhorar a sua preparação para o fazer, se não se criarem mecanismos e protocolos de intervenção e depois saber-se quais são os recursos ao dispor para lidar com isto, e quando falo em recursos, falo também nos dispositivos legais que existem para lidar com as situações, mas volto a dizer isto é um processo lento e vai demorar, mas nos estamos a procurar que ele esteja em marcha neste momento.”

Eu - Considera que deveria existir um mecanismo de intervenção em rede ao nível dessa mesma sinalização ou prevenção entre os profissionais de saúde e as forças de segurança?

E1 - “E isso existe, há experiências varias, nomeadamente nesta matéria da violência interpessoal e nomeadamente violência doméstica, etc...já há varias experiências neste país, por exemplo uma daquelas que são mais conhecidas tem a ver com a equipa do

Doutor João Redondo no Hospital de Coimbra. Coimbra tem...aquilo foi uma forma organizada de trabalho em rede que foi criada a partir de um hospital e tem características próprias, para além das características próprias dos próprios motores desta acção tem a ver com os recursos que existe naquela comunidade e com os mecanismos que estavam estabelecidos e outros que foram melhorados, aquilo é uma lógica de intervenção que se encaixa perfeitamente naquela que nós estamos a criar de base em todo o país porque nós temos que tentar a nível central, temos que tentar criar condições de denominadores comuns a todo o país para que não se criem desigualdades entre as pessoas pelo facto de morarem em Coimbra e se tiverem um problema de violência terem recursos que não são exactamente os mesmos que possam existir noutros locais portanto esse sistema não é incompatível, pelo contrário esse sistema poderá lucrar quando se cria a nível nacional uma rede mínima que aos poucos, tal como em qualquer rede vai sendo criada por grandes linhas e depois é possível tornar mais apertada a malha dessa mesma rede. Isto é feito numa lógica um pouco diferente, o que nós estamos a tentar fazer que é partir dos cuidados de saúde primários é aí que tem que haver as primeiras bases da rede porque é isso que cobre o país todo e então depois partir-se para a articulação com os cuidados hospitalares e depois com as outras áreas da própria estrutura social, com todas as áreas da estrutura social, nomeadamente forças de segurança etc....o que nós estamos a tentar fazer também é que o serviço nacional de saúde se aproprie também do fenómeno da violência como um problema de saúde, não é só um problema de saúde mas é também um problema de saúde nesta tripla vertente, o antes, o agora e o depois dos episódios de violência.”

Eu - Não acha que esse referencial teórico que esta agora em marcha já deveria ter sido implementado a mais tempo, não é um pouco “tarde”, tarde nunca é mas relativamente ao número de casos que tem vindo a aumentar, na sua opinião o que lhe parece?

E1- “ Claro que sim tudo é tarde, mas também não estou convencido que haja mais violência agora do que havia antes pelo contrário, e sim se me disser que é tarde, claro que é tarde mas tudo é tarde quando acontece na saúde em qualquer outra área, já podia ter acontecido claro que sim... mas onde chegamos com essa afirmação? É o que eu estou a dizer, parece uma jornalista que esta a querer penalizar a saúde...(risos) eu diria assim, ainda bem que conseguimos já desde uns anos começar a trabalhar nestas áreas dentro da saúde que não é fácil, exactamente porque a consciência social e as representações

sociais sobre a violência sempre ilegais....é bom não nos esquecermos que também legalmente os actos violentos estavam muito protegidos, a própria lei quem os praticava com os argumentos tradicionais... portanto é tarde pois já devia ter acontecido antes mas não foi possível, ainda bem que estamos a tentar agora fazer as coisas...(telefone a tocar....) peço desculpa mais uma vez... só um min”

Eu - Já foi confrontado com alguma situação de violência? Qual o tipo evidência de violência doméstica mais comum que um médico tem quando uma vítima recorre a uma consulta de urgência ou mesmo de clinica geral (ex: física, emocional, psicológica...)?

E1 – “ Já e o tipo de evidência depende muito... se eu comecei por lhe dizer que de facto nós não estamos suficientemente documentados em relação a isso, é difícil estar-lhe a dizer isto é meramente opinativo... com o que fui confrontado mais...? Como qualquer profissional eu acho que provavelmente é a violência emocional, porque mesmo quando há violência física, há sempre violência emocional, sempre que há actos violentos que comprometem o corpo isso tem repercussões psicológicas, ou às vezes é o corolário de meses e de anos de violência psicológica, portanto se sempre que há violência física, há violência psicológica e se para além disso muitas vezes para haver violência psicológica tem de haver violência física então necessariamente há mais casos de violência psicológica”

Eu - Já foi confrontado com alguma situação em que a vítima se recusa-se a admitir que foi violentada pelo seu companheiro?

E1- “ sim, claro mas por favor não faça apelo a minha experiência clinica porque de há vários anos para cá que eu não tenho experiência clinica neste domínio portanto.... O que estiver a gravar estou a falar no passado... mas sim fui confrontado com isso, mas isso faz parte, para muitas pessoas do próprio ciclo da violência muitas vezes a negação dessa mesma violência não é, e as pessoas não interpretam face aquilo com que muitas vezes são confrontadas, de espelho quase que o profissional faz a própria pessoa não reconhece que aquilo que se esta a passar com ela é um acto de violência.”

Eu - Considera que essas vitimas têm a consciência de que os seus agressores estão a cometer um crime punível por lei?

E1 – “Claro se não reconhecem que é um acto de violência também não consideram que é um crime... mas essa parte no fundo é...vamos lá ver... dificilmente nas relações entre pessoas e neste caso se o seu objecto de estudo são as mulheres vitimas de violência na minha perspectiva de profissional de saúde, reconhecer que se esta a ser vitima de violência o pensamento seguinte não é imediatamente...isto é crime! Não, porque isso é secundário, isso só passa a ser importante se de facto a pessoa não tiver recursos próprios para cessar essa violência e uma das formas de cessar é, afastar-se de quem a maltrata de quem tem uma reacção violenta consigo própria, antes se calhar de ir fazer queixa, porque nem sei como os serviços subsistiriam se cada um de nós sempre que esta em situação de conflito e se sente vitima é alguém que esta a ser violento...é que nós não podemos raciocinar a propósito da violência, nomeadamente a violência doméstica só com base nas pessoas que chegam partidas e a sangrar ao hospital.”

Eu - Mas acha que o profissional de saúde pode ser uma espécie de conselheiro no sentido de orientar o doente que ele próprio assuma que é uma questão grave que é crime....?

E1 - “Claro que sim. Tal como e relação a outras patologias quando o próprio doente não reconhece que tem um problema, o profissional de saúde tem a responsabilidade de informando e ajudando, porque aconselhar não é dar conselhos não é?.. Aconselhar é ajudar o próprio a clarificar o que se passa consigo e isso é um mandato do profissional de saúde, claro...claro que sim.”

Eu - Ficamos por aqui, muito obrigado pela sua disponibilidade.

E1 - “ Eu é que peço desculpa pelas interrupções e de não ter mais disponibilidade sem toques de telefone, etc...”

ANEXO 5: ENTREVISTA Nº2 – ENTREVISTA A INFORMADOR PRIVILEGIADO DA SECRETARIA GERAL DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA

EU - Primeiramente eu gostava de saber quais são as suas funções aqui na secretaria geral da administração interna?

E2 - “Eu sou técnico superior da secretaria geral da administração interna, era da ex-DGAE – Direcção Geral da Administração Interna que entretanto foi fundida, sou psicólogo clínico e investigador.”

EU - É verdade que trabalhou no modelo de avaliação de risco juntamente com a Universidade do Minho?

E2 - “O modelo de avaliação de risco foi em colaboração com a universidade do Minho, nós temos uma nova ferramenta de avaliação de risco que esta em vigor desde 1 de Novembro de 2014, que veio substituir uma anterior modelo de avaliação de risco que existia que não era científico era um bocadinho uma recolha de informação mais ou menos estruturada mas que no fundo não dava uma classificação de risco que nos achávamos que era eficiente, não era obrigatória... portanto dependendo do magistrado solicitava as forças de segurança ou não a adopção da avaliação de risco, a partir de dia 1 de Novembro em colaboração com a Universidade do Minho a nossa equipa do MAI juntamente com as forças de segurança desenvolveu com a PGR e a PGLé este o modelo que esta em vigor neste momento nas forças de segurança”.

EU - O que consiste o modelo?

E2 – “Este modelo é um modelo integrado, actuarial e que tem como objectivo integrar alguns itens de avaliação de risco que estão validados cientificamente como sendo aqueles itens que estão normalmente por trás de situações graves de violência doméstica que muitas vezes podem conduzir ao homicídio e de alguma forma integramos 20 itens que depois são tidos em conta juntamente com a experiencia do profissional de policia.”

EU - Esses itens são factores de risco?

E2 – “Sim são....”

EU - E quais aqueles que indicam uma maior ou menor probabilidade de risco?

E2 – “Ahhhh.....da nossa experiência e do estudo que temos feito e da comparação com a literatura nacional existem 5, 6 factores que são aqueles que são os factores chave que são aqueles que nós consideramos os mais pesados, entre eles esta a história prévia de violência mas este é um factor de risco que esta em quase todas as situações de violência doméstica normal, portanto é um factor de risco bem estabelecido como um factor da revitimização, depois temos a separação, a separação é um factor que normalmente esta sempre associado ou esta sempre presente nas situações de homicídio ou de ofensas corporais graves, temos os ciúmes, o controle, o stalking que também são factores, indicadores de grande previsibilidade de ocorrência de violência mais grave e temos também a presença de armas e a instabilidade emocional do agressor, mas estes factores são sempre factores que não podem ser vistos de forma isolada e tem que ser integrados e tem que ser analisados em colaboração com a vitima e em colaboração com as fontes de informação.”

EU - É possível ter uma ideia da fiabilidade e validade desse modelo?

E2 – “Sim já esta validado ... e temos dados concretos....”

EU - Acha que existe uma boa intervenção em rede e articulação entre os profissionais de saúde e as forças de segurança?

E2 – “Nós estamos a trabalhar no sentido de cada vez esta articulação ser mais eficiente, existem alguns modelos muito bem oleados, podemos falar do programa dos Açores....”

EU - Neste momento também existe um programa de avaliação de risco dentro da área da saúde tem conhecimento?

E2 - “Ainda não tenho essa informação ... sei que existe mas ainda não tive contacto coma

ferramenta que é utilizada na Direcção Geral de Saúde mas sei que existe....já tive essa informação porque nós trabalhamos muitas vezes em parecerias e projectos comuns, mas conhecimento da ferramenta em si ainda não tenho conhecimento...

Mas caminhamos no sentido de articular esforços....”

EU - Acha que os profissionais de segurança pública estão devidamente sensibilizados?

“Sim eu considero que as forças de segurança são neste momento das principais ou as mais bem preparadas neste momento, tirando os técnicos de apoio a vitima obviamente e da rede nacional de violência doméstica e estas organizações também de apoio as mulheres, as forças de segurança tem “sofrido” um grande investimento quer na formação, quer na sensibilização e estão muito bem preparadas e cada vez mais o esforço é continuo e temos tido formações continuas e portanto as coisas estão a correr muito bem, eu acho.... Sim.”

EU - Quais os homens que possuem uma maior probabilidade de voltar a agredir ou de ameaçar a vida das suas companheiras?

E2 – “Eu diria que os homens que tem maior probabilidade de voltar a agredir são aqueles que já o fizeram previamente que tem uma história de violência doméstica, por outro lado aqueles que também tem aquela dificuldade no controle dos impulsos e na gestão das emoções, podemos tar em presença... hummmm, existem vários factores, existem inúmeros factores da personalidade que podem estar por trás da possibilidade de nova agressão não é? Mas eu diria que os ciúmes doentios, a dependência extrema, o isolamento social dos agressores, o não ter nada a perder, ou seja quando toda a energia daquele homem e se estamos a falar do agressor homem porque a maior prevalência são homens, quando efectivamente ele esta completamente desenquadrado e que perde a relação com sendo a única normalidade que ele tem na vida do dia-a-dia, quando ele perde esse contacto ...são esses que tem maior probabilidade, eu diria que sim... do estudo que fizemos, eu diria que a fase da separação é a fase...com todos os factores avaliados e ponderados se existir uma separação ou a iminência de uma separação e estamos a falar no risco de letalidade ou de ofensas corporais graves, eu diria que tudo o resto se agrava, todos os factores que já estão assinalados se agravam, claro que também existem casos de

violência doméstica e letalidade em que não existe nada em que não existe nenhuma informação, não existe nenhum indicador mas esses são casos raros entre 75 a 85% dos casos existe história de violência, existe ciúmes, existe controle, existe uma dependência emocional por parte do agressor e aí nesses casos é que são os mais prováveis de acontecer...”

EU - E quais são as mulheres que devem usufruir de medidas de proteção?

E2 – “Eu diria que todas as mulheres devem usufruir de medidas de proteção... mas esta a falar da teleassistência ou esta a falar...”

EU - Estou a falar das mulheres que tem maior ou menor risco de reincidência...?

E2 – “Eu diria que todos os casos devem ser bem avaliados pelas entidades que a quem tiverem conhecimento de uma situação de violência doméstica, mas dependendo do caso...”

EU - Mas são as que tem maior probabilidade ou as que tem menor?

E2 – “Todas usufruem de medidas de proteção, agora podemos estar a falar de um plano de segurança estabelecido como vítima, podemos estar a falar de medidas de proteção decretadas pelo tribunal em que pode ser uma medida de afastamento, pode ser apenas uma teleassistência ou um acolhimento numa casa abrigo, estamos a falar de um espectro muito grande de violência doméstica que pode ir desde a violência doméstica comum que é aquela que não deixa de ser violência doméstica e constituir crime, estamos a falar de um empurrão ou do estalo e que não passa disso e ou estamos a falar do terrorismo doméstico”.

EU - E a violência psicológica?

E2 - “Também... nós estamos a falar de situações em que a vítima pode não ser uma vítima de violência física mas pela natureza da violência ser psicológica e temos casos que não terminam em homicídio nem em ofensas corporais graves mas podem terminar com o suicídio da vítima.”

ANEXO 5: ENTREVISTA Nº3 – ENTREVISTA A PROFISSIONAL DE SAUDE QUE ASSISTE VITIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

E3 – “Homem, tenho 30 anos, clinica geral...”

E3 - “ é assim aquela que é mais fácil de identificar é precisamente a física mas não deixa de ser evidente também algum trauma psicológico associado, depois depende do tipo da tipologia de vitima que temos a frente, pessoas que vem cá efectivamente no momento em que ocorre a agressão e há pessoas que vem indeferido quer porque tentam esconder e portanto já só vêm mais tarde quer porque vêm para ter um relatório medico legal que sirva de futuro numa queixa”

E3 - “ tenho os dois tipos de doentes, portanto não lhe consigo dar uma estatística mas é mais habitual, no meu caso elas dizerem, ate agora é a experiência que tenho tido...”

E3 – “ nem todas...”

E3 – “ a própria educação, não tanto a social normalmente as que não são de meios carenciados mas também as que foram educadas dentro de um ciclo de violência...”

E3 – “ definitivamente...”

E3 – “ aquilo que normalmente a gente costuma fazer, para alem de registar as lesões que a gente consiga relacionar com a violência doméstica bem documentadas, sugerimos a apresentação de queixa no posto da psp que temos aqui e consulta de follow up na medicina legal no sentido de elaborar os relatórios para servir depois em tribunal”

E3 – “não tinha consciência que tenha vindo a aumentar mas efectivamente tem aumentado o risco social a que estamos expostos agora ultimamente... o risco social provocado pela pressão económica provocado pela não só pressão mas também depressão da economia e a própria educação que também não é uma coisa tão distante

dentro da nossa cultura, portanto é uma situação recente do ponto de vista histórico, ainda há muita gente que foi educada dentro desse modelo”

E3 – “ da parte dos médico de família estarem atentos ao sinais e identificarem e haver um verdadeiro acompanhamento multidisciplinar disponível nos centros de atenção primária quer por psicólogos, quer por assistentes sociais que efectivamente intervenham nas zonas que são mais problemáticas e são perfeitamente identificáveis do ponto de vista de saúde primária”

E3 – “ eu acho que sim, acho que é um dever cívico, eu não teria qualquer problemas ou pruridos em apresentar as minhas declarações caso eventualmente em alguns dos casos que eu já sinalizei assim o exigisse, ate agora também é da minha experiência das duas uma ou as coisas não são prosseguidas por parte da vítima ou efectivamente o tribunal não mostrou interesse em contactar comigo e nenhum dos casos em que eu sei que efectivamente as queixas foram levadas a cabo”

E3 – “ como em tudo na nossa profissão nos cuidados de saúde é a nossa, aquilo que a gente acredita, aquilo que a gente sente em relação a situação não deve influenciar os nossos cuidados de saúde, portanto eu pessoalmente não deixo influenciar”

E3 – “definitivamente... é demasiado burocrático, muito pouco expedito e não protege a vítima”

E3 – “ é insuficiente, a gente sabe que existe mas é insuficiente... mas definitivamente nem todos os profissionais estão atentos a essa questão. Acho que é uma mais valia mas tem de ser mais divulgada, difundida”

E3 – “ Obrigado eu...”

ANEXO 6: ENTREVISTA Nº4 - ENTREVISTA A PROFISSIONAL DE SAUDE QUE ASSISTE VITIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

E4 – “Homem, 37 anos, não tem especialidade”

E4 – “ física”

E4 – “ assumem... quer dizer hummmm....Sim, algumas”

E4 - “na maioria, não a esmagadora maioria mas na maioria”

E4 - “a violência doméstica é uma situação transversal na sociedade mas de predominância nas classes baixas e a questão prende-se um bocado por factores culturais e pela própria educação porque muitos dos agressores são o espelho do que viram em casa, mesmo que nunca tivessem visto uma agressão física só por si, maior parte das pessoas viram numa geração anterior a minha pelo menos ou duas, episódios muito semelhantes, por exemplo em que a mulher era muito mais submissa em que havia muito mais vontade portanto aí imagino que seja uma questão cultural/educacional, mas depois nas classes mais altas imagino que seja uma questão de vergonha social um certo e determinado embaraço de poder assumir que uma pessoa formada, ou já com alguma capacidade monetária e financeira tenha esse tipo de postura”

E4 – “sugerir pelo menos... aconselhar é uma coisa muito complicada porque nós não somos de forma nenhuma membros de direito para o fazer, ou seja não esta dentro das nossas capacidades gerir essas situações, nos temos que sugerir a vitima, não propriamente dizer: “olhe tem de fazer isto”...”

E4- “ os atendimentos a estas como as outras situações não faz dela mais especial que uma gripe, que um avc ou... percebes? quer dizer... nós temos que abordar tudo com profissionalismo e essencialmente com foco, ou seja temos que focar na questão em si na questão mais urgente que é tratar o doente pelas queixas apresentadas, portanto isto é clinica geral agora se fores a psiquiatria a resposta será completamente diferente, nos aqui temos de nos focar essencialmente e mesmo quando fazemos pequena cirurgia, as vezes

há questões físicas visíveis ou traumáticas que tem de ser uma coisa muito direccionada em resolver aquele problema ou seja não vamos estar ali olha esta menina...quer dizer tem o lábio rachado ou tem uma ferida corto-contusa na região frontal, quer dizer não vou diferenciar essa senhora de uma senhora que tropeçou e bateu numa esquina, portanto tenho de fazer a limpeza da ferida e suturá-la”

E4 – “da saúde? Pouco ou nada... quer dizer... “

EU – Não acha que a área da saúde pode ser útil na prevenção?

E4 – “ não só se for na elaboração de posters ...acho que isso é uma situação que depende muito mais do Ministério da Administração Interna do que do Ministério da Saúde, não faz muito sentido...quer dizer não é propriamente uma campanha de vacinação, não faz sentido nenhuma nos estarmos agora a bater de porta em porta a dizer : “ olhe desculpe essa nodoa negra é para tratar ou como é que quer que a gente faça, quer dizer...doí-lhe muito? Ou tem dói dói? É favor não bater nas pessoas que isso faz dói dois, mas isso é transversal a outra situação... não faz sentido”

E4 – “ acho muito bem, a partir do momento em que é testemunha do facto acho muito bem mas quer dizer aí dá-se uma opinião medica, de avaliar se a ferida pode ter sido feita estamos a falar ou de um traumatismo ou o quer que seja ou por violência... mas e o que eu dizia a bocado para nós objectivamente não há uma diferença entre uma senhora que tropeça e bata numa esquina e outra que seja empurrada contra a esquina, ou um senhor, também há aí os gajos que são vitimas de violência doméstica, ... “

EU – “ Sim existe mas neste momento estou a falar da violência contra as mulheres...”

E4 – “ (risos) pois as mulheres são umas mimadas.... Porrada nelas todas. Eu tenho uma filha o meu sonho é vê-la a ser espancada pelo namorado”

E4 – “ se for um mau profissional sim, temos de nos manter imparciais, por essa ordem de ideias eu não tratava benfiquistas”

E4 – “não faço ideia, não sei qual é a política social do estado português...”

E4 – “a resposta é exactamente a mesma.... Não tenho conhecimento.”

E4 – “ Pronto. Continuo a dizer a mesma coisa, porrada nas mulheres!”

ANEXO 7: ENTREVISTA Nº5 - ENTREVISTA A PROFISSIONAL DE SAUDE QUE ASSISTE VITIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

E5 – “ Mulher, 46 anos, Brasileira, Cirurgia Geral”

E5 – “ física”

E5 – “ sim não omitem”

E5 –“ sim muitas querem geralmente um relato para poder levar para a polícia e tudo, e quando elas procuram um médico e quando elas procuram porque muitas vezes elas não procuram, elas já sofreram não é a primeira vez... quando vem ao médico elas já estão conscientes de que querem fazer a denúncia”

E5 – “ é o medo, normalmente é o medo é o medo de vários factores de repreensão, de nova agressão a agressão em si não é, psicológica, o medo e a coerção que o agressão mantem dentro do próprio seio familiar”

E5 – “ eu particularmente por uma questão ética nós temos de nos colocar de uma forma neutra porque existem situações de receber a denunciante e o denunciado depois é diferente... então nós temos de manter uma imparcialidade mas claro com o compromisso de certa forma de orientar para as medidas legais e cabíveis daquela situação, isso é uma obrigação que nós temos que faze-lo mas de certa forma imparcial, não estimulando qualquer outro sentimento que estimule ate psicologicamente a outra pessoa...porque

numa situação de cônjuges o que pode acontecer e nós sabemos é a mulher se resguardar no que um medico falou e um outro profissional falou para poder agir, então esta a trespassando a responsabilidade a outros essa é a minha visão não só como medica eu sou assistente social também e tenho mais ou menos essa leitura da questão”

E5 – “ os procedimentos é identificar quais são as lesões, tomar as condutas imediatas do ponto de vista da urgência se for lesões, ferimentos corto-contusos fazer as medidas necessárias que são as sutura para sangramento que são as medidas que nós temos com qualquer traumatismo seja ele por agressão ou não...”

E5 – “ acho que passa tudo por uma questão conjuntural, tem haver com a condição de vida das pessoas, com a base educacional também tem inúmeras situações de violência, não são situações de violência parecidas, são situações que envolvem companheiros, como em namorados e ate jovens e são inúmeras as pessoas fazem uma serie de viagens psicológicas e criam um monstro na cabeça delas que as vezes não existem mas pronto... são inúmeras eu não sei te precisar qual a situação especial, mas eu acho que com a crise aumentou muito eu acho que a crise foi determinante do ponto de vista económico mexeu muito com as estruturas familiares e não só desestruturou a base familiar como originou outros precedentes que a gente vê situações aqui que nem parece que deviam existir, mas pronto...”

E5 – “ isso é uma questão de suporte social mesmo...porque nos lidamos com a consequência a causa disso tudo é uma base estrutural que tem a ver com melhores qualidades de vida e etc.. porque se você dá um suporte no contexto no trabalho, fortalece a família e uma serie de coisas, quando a família esta desestruturada leva a uma sequência de factos então não adianta, aqui nós somos apenas, tratamos a consequência de uma serie de factores sociais que estão impostos, não vejo isso como uma factor isolado, não é violência por violência...”

Eu –Então a saúde não pode ser um meio de prevenção?

E5 – “prevenção se tiver um trabalho...desde que trabalhe as politicas básicas ...um hospital é um serviço terciário de atendimento da saúde, normalmente nós atendemos o

quê? casos de crises, traumatismos, coisas graves que não passam pela medicina preventiva que tem de ser feita pela base familiar do centro de saúde, então fosse ta falando com uma cirurgiã que trabalha o imediato na emergência e na urgência então eu vou-te falar de coisas muito praticas que são resolutivas, eu recebo aquilo que não foi cuidado, seja pelo tratamento psicológico e aparato social que pode ser dado pela comunidade através do seu centro de saúde ou centro de referência é a minha visão então pronto....”

E5 – “ ai já estas te comprometendo, porque o profissional de saúde ele só faz parte de uma contexto de violência porque ele esta atendendo uma consequência do caso e então ele tem de fazer o papel dele e como eu te disse, esse papel de personalidade determina muito a conduta, porque a gente vê histórias e muitas histórias e isso serve subtilmente ate para a violência infantil a violência doméstica, qualquer tipo de violência que envolva a família o profissional tem de fazer o papel dele de forma pragmática, ética e confidencial e o que é exteriorizado...tu não podes estar pondo o teu ponto de vista pessoal em determinadas situações, não te omitindo de orientar legalmente algumas situações mas não emocionalmente, então não penso que um profissional tem de ser responsabilizado por um falhanço do sistema.... Percebes... e o profissional não presencia o acto, por isso é que nós temos serviços de medicina legais porque eles quem faz o diagnóstico das lesões é a medicina legal pelo menos no meu pais é assim, você tem de passar pela medicina medico legal para determinar o hematoma, tipos, dias, etc... então nós temos serviços legais que dão capacidade para levar a tribunal determinadas situações de violência, o primeiro atendimento é para eu poder resolver problemas, é um braço partido que eu encaminho para a ortopedia, um ferimento que eu tenho que suturar ele e etc...e que eu tenho de saber a causa e coloco no relato, agora as bases que vão gerar juridicamente a partir do meu relato é outra coisa, o que eu vi eu fiz, agora a causa?... O relatório só para você ter uma ideia, eticamente o nosso compromisso é dizer: “doente refere...” eu não posso dizer: “ doente foi agredida...” e sim “ele refere que foi agredido...”é errado, é equivocado e nenhum faz porque nós temos que ter uma medicina de retaguarda que refere que isso aconteceu, porque eu não estava lá e isso é uma coisa que tu me contas... e depois vem supostamente o agressor e diz que foi agredido também e ele vai me contar que refere que foi agredido...por isso é que a imparcialidade não tem..., não te vou dizer que é uma falta de compromisso nosso, é um dever ético de colocar o que o doente refere

e dizer o que eu vi, eu não vou inventar nada e as vezes o doente diz: “ eu fui espancado...” mas eu digo: “ não vejo evidências de hematomas...” percebes a minha evidência a nossa medicina tem de ser baseada em evidência, não existe outra forma de fazer medicina, eu pelo menos não acredito numa forma diferente.”

E5 – “ cada um tem a sua forma de pensar, mas tu tens acima de tudo e fazemos isso na nossa carreira, no nosso processo de formação, estudamos ética e dentro desse contexto da ética, a gente tem que ter como base a psicologia medica para perceber o que é que o doente traz, todo o doente que vem para você atender, seja você um clinico, um cirurgião, cada um vem com as suas expectativas não é? E cada um demonstra a sua dor conforme mais lhe convém seja para usar com um objectivo ou por outro, pronto... essa consciência o medico tem que ter, nos não somos ingênuos e percebemos ao longo do tempo o que estamos tratando, por termos uma conduta impessoal e as vezes parecemos ate frios e é muitas vezes isso, eu não consigo me envolver com a tua questão e isso é necessário para você ter que ter uma decisão consciente baseada no teu conhecimento científico para tu poderes ter uma logica naquilo que vais fazer, por isso é que médicos não atendem familiares porque o emocional pode sobrepor a tua conduta ética e isso é uma questão...não passa mais alem do profissionalismo, quem age de maneira diferente e a gente tem evidências inclusive actualmente no nosso serviço a gente tem um exemplo que causou muita confusão porque nos sabemos qual é a catástrofe que causa quando nos envolvemos pessoalmente com uma situação familiar é muito complicado, por isso é que nos dizemos que o ordem dos médicos positivo é muito complicado, o doente sempre tem mais complicações que os outros, mas não é nada mais do que você não colocar sentimentos naquilo que você precisa ter racionalidade não é ? você não pode ser reaccionário onde você tem que ter razão, acho que é um principio básico da medicina, seja em qualquer área por mais que estejas falando com uma cirurgiã...”

E5 – “ considero que as politicas sociais são a base de dar respostas satisfatórias para tudo, o índice de violência aumentado o índice de mortes e tudo o que vem por trás... eu particularmente como estou há poucos anos em Portugal fazer essa avaliação critica... se tu fosses falar do meu país eu teria exactamente o que te dizer ...por todas etapas que passei ate porque estudei politicas publicas porque gosto desse processo de conhecimento, porque eu acho por a gente atender o fim daquela linha de atendimento

que o doente passa você tem de dar resolutividade, quando chega você tem que resolver ou não...então para mim as políticas são a base de tudo, agora dizer se as políticas de Portugal são ou não evidentes se comparativamente ao meu país eu acho que dão respostas muito satisfatórias mas em relação ao processo histórico que eu escuto os meus colegas falarem eu acho que estão muito além das expectativas a níveis europeus eu acho que tem muito mais coisas a ser feitas, tem profissionais excelentes, eu acho que a medicina é espectacular na forma como prepara o seu medico para atender essa população de uma forma consciente, muito bem preparado teoricamente então não pode se desperdiçar porque senão ta-se formando mão de obra para abastecer outros mercados ambiciosos e eu vejo isso em todas as áreas, eu vejo meus colegas procurando locais para poder ir bem formados, tirar aquilo que tu tirou de bom de Portugal para outras áreas eu acho que falta um bocadinho mais, melhores salários para poder prender o profissional aqui, melhor capacitação e uma serie de coisas que eu vou-te falar ...e pronto comparativamente com o meu país é isso...(risos)”

E5 – “ eu não sei... não conheço... e chega-se a essa informação através de quem? Eu não tenho conhecimento eu acho que qualquer parâmetro de avaliação onde você tem de inserir informações é valido para você poder tirar uma rácio e melhorar a tua qualidade de atendimento e orientar protocolos e isso para mim é o logico ... o que há ã é suficiente... eu não tenho conhecimento ou por falha minha ou por quem é de direito informar eu não tenho conhecimento...”

E5 – “ Obrigado, (risos) olha eram muitas perguntas e vamos ver se meu nome não vai aparecer ai não...”

ANEXO 8: ENTREVISTA Nº6 - ENTREVISTA A PROFISSIONAL DE SAUDE QUE ASSISTE VITIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

E6 – “ Homem, 55 anos, medicina interna”

E6 – “ física, quando acontece é física...”

E6- “na maior parte das vezes omitem, tem de ser presumido...”

E6- “acho que não”

E6- “ não sei consequências”

E6- “ sim acho que o medico deve ter uma atitude activa”

E6- “ tratar, registar e aconselhar, informar e aconselhar..”

E6 –“ não faço ideia, nunca fiz nenhuma analise dessa situação... mas globalmente acho que há uma desvalorização da vida humana, do respeito, basicamente isso...”

E6- “ melhor acompanhamento por parte dos cuidados primários, os cuidados primários é quem esta em contacto com essas situações...”

E6- “ isso é uma pratica habitual...se o tribunal pede os registos da descrição das lesões quando há, e se for necessário explicitar alguma coisa convoca o medico... isso faz parte da lei nem há que questionar...”

E6 – “ acho que sim... se não tiver uns princípios bem consolidados é uma situação indiferente que ele desvaloriza e não toma alguma atitude que possa prevenir actos futuros...”

E6 – “ eu acho que não há assim.... Como as noticias comprovam há muitas situações que não foram referenciadas que não foram acompanhadas, que não houve o devido acompanhamento da situação”

E6 – “ não tenho conhecimento e os profissionais de saúde estão sensibilizados para perante situações tratar e dar algum aconselhamento mais nada... não existe na minha opinião, nem há nenhuma formação especifica ...”

ANEXO 9: ENTREVISTA Nº7 - ENTREVISTA A PROFISSIONAL DE SAUDE QUE ASSISTE VITIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

E7 – “Mulher, 49 anos, especialização em rádio-oncologia, medicina no trabalho e medicina desportiva”

E7- “física é a mais habitual e depois a emocional”

E7-“ raramente a maior parte das vezes elas omitem, só quando o desespero e o cansaço da parte que é agredida, seja ela mulher ou homem já é muito grande é que eles admitem que sim ou quando existe um sentimento de ódio muito grande e então essa é logo a primeira informação que é fornecida”

E7- “não nem sempre tem muita vergonha eu acho que elas de certa forma ate acham que são culpadas de alguma coisa”

E7 –“ a vergonha e o complexo de inferioridade, eu acho que muitas das vitimas permitem esse abuso, essa invasão porque elas próprias não tem esse amor por elas próprias”

E7- “acho que as condições que temos no trabalho actuais e as exigências que nos são feitas na nossa actividade a nível da saúde não nos permitem ter essas palavras adequadas para com as pessoas, não temos tempo adequado, somos pressionados pelo tempo e as pessoas precisam de tempo, porque cada uma delas tem uma abordagem especifica, não há uma abordagem única para todas elas e é preciso entende-las para conseguir

sensibiliza-las e isto leva tempo e o sistema de saúde não nos permite nem o privado nem o particular porque o particular não é isento das mesmas falhas é exactamente a mesma coisa”

E7-“ apenas é a descrição de lesões encontradas e ponto, não existe penso eu maior parte das vezes sequer, qualquer expressão do medico de compreensão, é uma abordagem fria na minha opinião e unicamente objectiva no aspecto que esta a descrever”

E7- “ a frustração dos homens de conseguirem realizar aquilo que eles pretendem na vida ou a situação de insegurança em que eles se encontram ou de incapacidade ou de frustração deles próprios, então aquilo é um alvo frágil onde eles podem exercer o poder deles é desta forma que eu vejo, lamento...”

E7- “com as estruturas que temos... eu acho que devia ser criada uma consulta direccionada para essa circunstancia, onde a própria vitima pudesse passar com o contacto por pessoas que ligadas a saúde pudessem abordar o problema de varias formas, existem uma serie de armas importantes como ensinar as pessoas a amarem-se a si próprias muitas delas não directamente ligadas a saude medica no fundo mas são técnicas de auto ajuda que as pessoas deviam conhecer e essas sim poderiam ajuda-las a ultrapassar as situações com que se deparam”

E7- “não ...acho que é correcto sim porque se existir uma situação de avaliação de dano corporal ou se houver uma situação de avaliação de um procedimento clinico para se saber se ele esta a ser adequado ou não também é chamado a tribunal, porque não nestas circunstancias?...acho que sim”

E7 – “ acho que sim porque maior parte dos médicos não tem preparo nessas áreas... no meu caso especial, particular não porque fiz formação em áreas como o coaching como em técnicas em formação de auto ajuda, tenho formação em medicinas alternativas e portanto isso não acontece de uma forma tão notória e tão evidente mas não sei se em alguns aspectos não acaba por influenciar?... deve ser um bocadinho difícil...”

E7-“conheço muito mal....”

E7 – “ não tenho conhecimento de nada...não tenho a menor noção... deve ser divulgado como outras medidas relacionadas com outras coisas que não temos conhecimento, muitas vezes sabemos de muita informação através dos outros colegas... os profissionais

não estão informados sequer...”

Eu – “ Muito Obrigado”

E7 – “ ora essa”

ANEXO 10: ENTREVISTA Nº8 - ENTREVISTA A PROFISSIONAL DE SAUDE QUE ASSISTE VITIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

E8- “Homem, 57 anos, medicina interna”

E8- “é um misto de tudo começa por ser psicológica, verbal e muito emocional e as vezes física”

E8- “ omitem ainda se distingue o camuflado ou por protecção ou deliberância”

E8- “ provavelmente algumas mais lucidas sim, outras nem tanto”

E8- “ medo”

E8- “ sem duvida”

E8- “o atendimento é feito em função de alguma agressão visível em termos físicos e adicionalmente pode ser necessário também a área da psiquiatria e na primeira instancia será sempre da autoridade policial”

E8- “ é uma questão tão abrangente, não é uma resposta simples ou seja... provavelmente hoje em dia a população esta mais desinibida em termos de gestos, dantes se calhar pensavam duas vezes antes de agredir e de ferir ate, hoje em dia isso é tudo tão gratuito que provavelmente os media também ajudam a divulgar muito esse tipo de espectáculo gratuito e dantes haveria não tanta mas se calhar alguma e ninguém divulgava, hoje em dia parece que é um circo que ta montado e isso torna se calhar provavelmente a perspectiva que temos de casais que se davam bem uma farsa...”

E8 – “ é evidente que a primeira atitude a tomar será nível local ou seja casais que tem algum tipo de disfunção de relação que se vem deteriorando deveriam de algum modo ter algum tipo de acompanhamento que evitasse chegar a esse extremo sem isso alguns confrontos poderam existir porque não há uma atitude pedagógica exemplar ou padrão que se possa aplicar insinudadamente”

E8- “ sem dúvida”

E8-“ acho que é mais uma questão de postura se as pessoas não tiverem ética e moral de se prestarem a esse tipo de atitude não o fazem se não quiserem ...mas sim pode influenciar”

E8- “sim é suposto que quem rege... basta ver que há zonas ai do interior que a pacatez é tão grande que nada se passa e nas grandes cidades definitivamente é muito mais propensa a esse tipo de desfecho fatídico”

E8- “ não tenho conhecimento, desconheço.... Acho que de um modo geral estão sensibilizados”

ANEXO 11: ENTREVISTA Nº9 - ENTREVISTA A PROFISSIONAL DE SAUDE QUE ASSISTE VITIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

E9 - “ mulher, 36 anos, cirurgia geral”

E9 – “a agressão física e de probabilidade psicológica”

E9 – “ sim omitem, mas são mais as que omitem”

E9 – “ não”

E9 – “ medo, achar que a culpa é dela...”

E9 – “ sim”

E9 – “ é registado todas as queixas e encaminha-la para o instituto de medicina legal e para a polícia se ela quiser apresentar queixa e se assumir que foi uma agressão, se ela não assumir nada disso é só registar os ferimentos mais nada...”

E9 – “ não sei, não faço ideia..”

E9 – “ a consciencialização social, falar com elas dando-lhes a entender que há outras possibilidades..”

E9 – “ sim”

E9- “ sim, acho que é mais provável que uma mulher note mais isso do que um homem, acho que os nossos valores influenciam sempre tudo o que a gente faz...”

E9 – “ sim “

E9 – “ sim, sim estou a par do referencial, já ouvi falar não sei profundamente mas já ouvi falar...”

ANEXO 12: ENTREVISTA Nº10 - ENTREVISTA A PROFISSIONAL DE SAUDE QUE ASSISTE VITIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

E10- “ Mulher, 32 anos, cirurgia geral”

E10 – “ Na urgência é mais física mas na consulta deparo-me com mais violência emocional”

E10 – “ Lá esta em âmbito de consulta, sobretudo quando estão sozinhas é mais fácil admitirem, na urgência é uma situação mais complicada habitualmente não admitem isso...”

E10 – “ Acho que sim, acho que tem essa ideia mas tem muito receio em avançar sobretudo com medo de represálias de serem afastadas da própria comunidade ate dos próprios filhos e tudo mais..”

E10 – “ É essa mesmo”

E10 – “ Sem dúvida”

E10 – “ Realmente sobretudo em clima de urgência, ai é contactar a polícia não é para dar segurança a mulher e também o instituo de medicina legal caso tenha havido realmente violência naquele momento. Para alem da nossa descrição de todas e quaisquer mazelas que ela apresente, que a mulher apresente, penso que....lá esta é como lhe digo não é frequente, uma mulher pode vir realmente com determinados traumatismos mas não refere, isto na urgência, quando é uma situação que resulta da violência ela dizer que foi realmente vitima de violência doméstica”

E10 – “ Bem isso é muito complicado realmente... seria de esperar se calhar ate o contrário porque supostamente as mulheres deviam estar mais alerta são trabalhadoras muitas vezes já não estão em casa ganham o seu próprio salário, mas também talvez a violência entre casais também tenha aumentado também face a situação social...”

E10 – “ Sobretudo na área da medicina geral e familiar, podiam ser feitos, feitas mais sensibilizações nesse sentido não é , para nós na área da cirurgia geral é um bocadinho complicado não é por exemplo quando falo por exemplo sobretudo na consulta que não são assim tão poucas tento realmente alerta-las para fazer alguma coisa, mas é mais na prevenção la esta e na medicina geral e familiar, sensibilização não é?... Saber o que elas podem fazer, que apoios tem...? Etc...”

E10 – “ Sim”

E10 – “ Sem duvida nenhuma, isso ai claro.... Há muitos agressores que são médicos, tou a falar em termos de casais há vários casais conheço alguns realmente em que o agressor era um medico quer dizer... nós estamos a falar dos medico é uma classe muito variável não é ? é há médicos também que tem uma moral fraca não é como em tudo... acho que sim influência muito o diagnóstico”

E10 – “ Não, não acho”

E10 – “ Não, não tenho conhecimento desse referencial....lá esta acho que devia existir mais informação até mesmo para quem trabalha em urgência deveria haver muito mais informação. Nós não temos qualquer formação específica nesse sentido e nós trabalhamos com tantas questões não é que não é possível estar dentro de tudo o que se passa e se calhar devia-se estar mais atento a isto.”

ANEXO 3: GRELHA DE ANÁLISE

Dimensões	Categorias	Conteúdo
Características Pessoais / Funções	Nome	(E1) Vasco Prazeres (E2) António Castanho (E3) Profissional de saúde que assiste vítimas de violência doméstica no serviço de urgência (E4) Profissional de saúde que assiste vítimas de violência doméstica no serviço de urgência (E5) Profissional de saúde que assiste vítimas de violência doméstica no serviço de urgência (E6) Profissional de saúde que assiste vítimas de violência doméstica no serviço de urgência (E7) Profissional de saúde que assiste vítimas de violência doméstica no serviço de urgência (E8) Profissional de saúde que assiste vítimas de violência doméstica no serviço de urgência (E9) Profissional de saúde que assiste vítimas de violência doméstica no serviço de urgência (E10) Profissional de saúde que assiste vítimas de violência doméstica no serviço de urgência
	Género	(E1) Homem (E2) Homem (E3) Homem, 30 anos (E4) Homem, 37 anos (E5) Mulher, 46 anos

		<p>(E6) Homem, 55 anos</p> <p>(E7) Mulher, 49 anos</p> <p>(E8) Homem, 57 anos</p> <p>(E9) Mulher, 36 anos</p> <p>(E10) Mulher, 32 anos</p>
	Profissão / Especialidade	<p>(E1) Consultor de Medicina Geral e Familiar e Sexologista Clínico/ Coordenador do Núcleo sobre Género e Equidade em Saúde da Direcção-Geral da Saúde</p> <p>(E2) Técnico Superior da Secretaria Geral da Administração Interna</p> <p>(E3) Profissional de saúde que assiste vítimas de violência doméstica no serviço de urgência</p> <p>(E4) Profissional de saúde que assiste vítimas de violência doméstica no serviço de urgência</p> <p>(E5) Profissional de saúde que assiste vítimas de violência doméstica no serviço de urgência</p> <p>(E6) Profissional de saúde que assiste vítimas de violência doméstica no serviço de urgência</p> <p>(E7) Profissional de saúde que assiste vítimas de violência doméstica no serviço de urgência</p> <p>(E8) Profissional de saúde que assiste vítimas de violência doméstica no serviço de urgência</p> <p>(E9) Profissional de saúde que assiste vítimas de violência doméstica no serviço de urgência</p> <p>(E10) Profissional de saúde que assiste vítimas de violência doméstica no serviço de urgência</p>
	Nacionalidade	<p>(E1) Portuguesa</p> <p>(E2) Portuguesa</p> <p>(E3) Portuguesa</p> <p>(E4) Portuguesa</p>

		<p>(E5) Brasileira</p> <p>(E6) Portuguesa</p> <p>(E7) Portuguesa</p> <p>(E8) Portuguesa</p>
Prevenção/ Intervenção	<p>(E1) “Não tem problema nenhum, não tem problema...Nós começamos a uns anos a trabalhar mais as questões da violência na área dos maus tratos a crianças e jovens por um conjunto de circunstancias, portanto ai nós organizamos, fomos organizando ao longo dos anos os mecanismos de resposta no serviço nacional de saúde através de fundamentalmente três vias: a criação de equipas interdisciplinares, os núcleos de apoio de crianças e jovens em risco nos cuidados sub-primários, portanto nos centros de saúde e os núcleos hospitalares de crianças e jovens em risco a nível dos hospitais com atendimento pediátrico, pronto isto de uma maneira estruturada, criando digamos que uma rede de núcleos que tem varias atribuições, nomeadamente dar consultadoria a todos os profissionais que lidam com os maus tratos, com situações de maus tratos e também em algumas circunstancias serem elas próprias a conduzirem essas situações...”</p> <p>(E1)“Na questão das crianças e jovens em risco pronto...isso foi criado, foi feito a formação ao longo dos anos, ações de formação genérica e depois ações de formação específica em alguns temas no âmbito dos maus tratos e isso começou mais ou menos no principio de 2007 e depois mesmo por despacho ministerial foi criado esta estrutura e isso entrou em marcha e ai foi possível recolher e estão os relatórios publicados, sobre a casuística registada nestes núcleos, depois desde 2013 o que se fez foi procurar expandir esta logica de intervenção digamos que da violência nos diferentes tipos de violência nomeadamente a violência doméstica mas não só, expandir isso, portanto esse mecanismo de resposta ou esse modelo de resposta dentro dos serviços de saúde, tendo em vista todo o ciclo de vida, portanto não só as crianças mas também criar mecanismos de resposta para área da violência interpessoal no mundo dos adultos ...pronto. E isso fez-se em moldes semelhantes em 2013 também através de um despacho da secretaria de estado que criou equipas semelhantes as que estavam criadas para as crianças no domínio da resposta a violência nos adultos e é esse processo que agora esta em marcha com a preparação...”</p> <p>(E1)“(...) alias é assim, não sei se recentemente consultou o site da direcção geral onde nos já colocamos o referencial técnico para a intervenção neste domínio, alias que o Professor Manuel Lisboa teve oportunidade de consultar um primeiro draft e depois deu uns aportes muito interessantes que também estão reflectidos neste documento, esta na pagina da direcção geral de saúde.”</p> <p>(E1)“Isto constitui o referencial técnico para a intervenção nesta área, em todos os domínios da violência, nomeadamente nas relações de intimidade, poderá ver ai...”</p> <p>(E1) “ A única coisa que eu lhe queria ainda dizer em relação a pergunta do numero de casos e da casuística, no que diz respeito as crianças e jovens sem risco, nos começamos nos primeiros anos por fazer uma recolha da casuística a mão, digamos assim, portanto</p>	

quando eu digo a mão é sem ser através de processos informáticos com um instrumento de recolha e de registo estandardizado por todo o país e que depois os dados são corrigidos ao nível das ARS's e depois aqui um pouco trabalhados para serem apresentados nos tais relatórios anuais que temos feito, paralelamente desde o ano passado foi possível...de 2000 e...sim desde o ano passado, meados de 2000 do ano passado, foi possível criar ... o ano passado não, peço desculpa já estou baralhado, no ano anterior foi possível criar através ou aproveitando uma reformulação que foi feita nos sistemas de apoio a actividade clínica, portanto na medicina de enfermagem naquilo que era o programa nacional de saúde infantil e juvenil foi possível criar uma entrada para registo da violência sobre as crianças, portanto os maus tratos as crianças naquilo que na altura se designou por risco familiar e portanto essa quantificação das situações tem vindo a ser gradualmente trabalhada, documentada online, o que se vai fazer agora é também a partir de digamos dos ensinamentos colhidos deste sistema que ta virado para as crianças vamos procurar fazer o registo online das situações de violência interpessoal na área dos adultos, mas isso é um processo muito demoroso que esta a ser construído agora. Portanto não há ainda, ao contrario daquilo que se fez para as crianças e jovens em risco mas não vale a pena agora estarmos a tentar fazer tudo a pressa e a acelerar para criar um sistema manual de registo, vamos cria-lo online e portanto só daqui a algum tempo é que na perspectiva da saúde nos vamos ter de facto um registo minimamente de qualidade para as situações de violência interpessoal na área dos adultos...pronto."

(E1)" Neste momento o que estamos a falar agora é de um núcleo sobre género e equidade em saúde, mas isso é dentro da estrutura da direcção geral da saúde, há dois programas nacionais: um é a acção de saúde para crianças e jovens em risco que para alem dos núcleos no terreno nos hospitais e centros de saúde, tem cinco interlocutores regionais e depois tem uma comissão de acompanhamento a nível central, aqui na direcção geral de saúde que faz ligação a nível nacional e essa comissão de acompanhamento eu coordeno essa comissão e há outros elementos que pertencem a direcção geral e outros não, portanto isto na área das crianças e jovens em risco. Na área da violência em adultos o que foi criado foi digamos um programa, um projecto que se chama Acção de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida que também tem um grupo de acompanhamento que também é coordenado aqui, portanto são dois programas diferentes que obviamente articulados entre si que isto dos maus tratos em crianças e jovens e adultos esta intimamente ligado, quanto mais não seja porque uma grande parte dos maus tratos a crianças e jovens ocorrem no contexto de violência entre adultos, portanto ate por ai as coisas estão ligadas. Depois há uma outra coisa que é a participação da saúde nos programas nacionais, nomeadamente no programa nacional contra a violência doméstica e de género, ai nos participamos também a partir aqui do núcleo e a partir da interlocutora do ministério da saúde nesse programa que é a enfermeira Barbara Menezes que não trabalha neste núcleo mas ta ligada a área na divisão de saúde materna e infantil e dos adolescentes, pronto..."

(E2) - "O modelo de avaliação de risco foi em colaboração com a universidade do Minho, nós temos uma nova ferramenta de avaliação de risco que esta em vigor desde 1 de Novembro de 2014, que veio substituir uma anterior modelo de avaliação de risco que existia que não era científico era um bocadinho uma recolha de informação mais ou menos estruturada mas que no fundo não dava uma classificação de risco que nos

achávamos que era eficiente, não era obrigatória... portanto dependendo do magistrado solicitava as forças de segurança ou não a adopção da avaliação de risco, a partir de dia 1 de Novembro em colaboração com a Universidade do Minho a nossa equipa do MAI juntamente com as forças de segurança desenvolveu com a PGR e a PGLé este o modelo que esta em vigor neste momento nas forças de segurança”.

(E2) - “Este modelo é um modelo integrado, actuarial e que tem como objectivo integrar alguns itens de avaliação de risco que estão validados cientificamente como sendo aqueles itens que estão normalmente por trás de situações graves de violência doméstica que muitas vezes podem conduzir ao homicídio e de alguma forma integramos 20 itens que depois são tidos em conta juntamente com a experiencia do profissional de policia.”

(E2) – “Nós estamos a trabalhar no sentido de cada vez esta articulação ser mais eficiente, existem alguns modelos muito bem oleados, podemos falar do programa dos Açores....”

(E3) - “ aquilo que normalmente a gente costuma fazer, para alem de registar as lesões que a gente consiga relacionar com a violência doméstica bem documentadas, sugerimos a apresentação de queixa no posto da psp que temos aqui e consulta de follow up na medicina legal no sentido de elaborar os relatórios para servir depois em tribunal”

(E3) - “ da parte dos médico de família estarem atentos ao sinais e identificarem e haver um verdadeiro acompanhamento multidisciplinar disponível nos centros de atenção primária quer por psicólogos, quer por assistentes sociais que efectivamente intervenham nas zonas que são mais problemáticas e são perfeitamente identificáveis do ponto de vista de saúde primária”

(E3) - “ eu acho que sim, acho que é um dever cívico, eu não teria qualquer problemas ou pruridos em apresentar as minhas declarações caso eventualmente em alguns dos casos que eu já sinalizei assim o exigisse, ate agora também é da minha experiência das duas uma ou as coisas não são prosseguidas por parte da vítima ou efectivamente o tribunal não mostrou interesse em contactar comigo e nenhum dos casos em que eu sei que efectivamente as queixas foram levadas a cabo”

(E4) – “sugerir pelo menos... aconselhar é uma coisa muito complicada porque nós não somos de forma nenhuma membros de direito para o fazer, ou seja não esta dentro das nossas capacidades gerir essas situações, nos temos que sugerir a vitima, não propriamente dizer: “olhe tem de fazer isto”...”

(E5) – “prevenção se tiver um trabalho...desde que trabalhe as politicas básicas ...um hospital é um serviço terciário de atendimento da saúde, normalmente nós atendemos o quê? casos de crises, traumatismos, coisas graves que não passam pela medicina preventiva que tem de ser feita pela base familiar do centro de saúde, então fosse ta falando com uma cirurgiã que trabalha o imediato na emergência e na urgência então eu vou-te falar de coisas muito praticas que são resolutivas, eu recebo aquilo que não foi cuidado, seja pelo tratamento psicológico e aparato social que pode ser dado pela comunidade através do seu centro de saúde ou centro de referência é a minha visão então pronto....”

(E6)- “ sim acho que o medico deve ter uma atitude activa”

(E6) - “ tratar, registar e aconselhar, informar e aconselhar..”

(E6) - “ melhor acompanhamento por parte dos cuidados primários, os cuidados primários é quem esta em contacto com essas situações...”

(E6) – “ acho que sim... se não tiver uns princípios bem consolidados é uma situação indiferente que ele desvaloriza e não toma alguma atitude que possa prevenir actos futuros...”

(E7)- “acho que as condições que temos no trabalho actuais e as exigências que nos são feitas na nossa actividade a nível da saúde não nos permitem ter essas palavras adequadas para com as pessoas, não temos tempo adequado, somos pressionados pelo tempo e as pessoas precisam de tempo, porque cada uma delas tem uma abordagem especifica, não há uma abordagem única para todas elas e é preciso entende-las para conseguir sensibiliza-las e isto leva tempo e o sistema de saúde não nos permite nem o privado nem o particular porque o particular não é isento das mesmas falhas é exactamente a mesma coisa”

(E7)- “com as estruturas que temos... eu acho que devia ser criada uma consulta direccionada para essa circunstancia, onde a própria vitima pudesse passar com o contacto por pessoas que ligadas a saúde pudessem abordar o problema de varias formas, existem uma serie de armas importantes como ensinar as pessoas a amarem-se a si próprias muitas delas não directamente ligadas a saude medica no fundo mas são técnicas de auto ajuda que as pessoas deviam conhecer e essas sim poderiam ajuda-las a ultrapassar as situações com que se deparam”

(E7)- “não ...acho que é correcto sim porque se existir uma situação de avaliação de dano corporal ou se houver uma situação de avaliação de um procedimento clinico para se saber se ele esta a ser adequado ou não também é chamado a tribunal, porque não nestas circunstancias?...acho que sim”

(E8)- “o atendimento é feito em função de alguma agressão visível em termos físicos e adicionalmente pode ser necessário também a área da psiquiatria e na primeira instancia será sempre da autoridade policial”

(E8) – “ é evidente que a primeira atitude a tomar será nível local ou seja casais que tem algum tipo de disfunção de relação que se vem deteriorando deveriam de algum modo ter algum tipo de acompanhamento que evitasse chegar a esse extremo sem isso alguns confrontos poderão existir porque não há uma atitude pedagógica exemplar ou padrão que se possa aplicar insinudadamente”

(E9) – “ é registado todas as queixas e encaminha-la para o instituto de medicina legal e para a polícia se ela quiser apresentar queixa e se assumir que foi uma agressão, se ela não assumir nada disso é só registar os ferimentos mais nada...”

(E9) – “ a consciencialização social, falar com elas dando-lhes a entender que há outras possibilidades..”

(E10) – “ Sobretudo na área da medicina geral e familiar, podiam ser feitos, feitas mais

	<p>sensibilizações nesse sentido não é , para nós na área da cirurgia geral é um bocadinho complicado não é por exemplo quando falo por exemplo sobretudo na consulta que não são assim tão poucas tento realmente alerta-las para fazer alguma coisa, mas é mais na prevenção la esta e na medicina geral e familiar, sensibilização não é?... Saber o que elas podem fazer, que apoios tem...? Etc...”</p>
Representações	<p>(E1)“ Hummmm, ok. Para já eu não tenho a certeza se estão a aumentar o número de casos se aumentou a sensibilidade social para isto, os mecanismos de empoderamento das pessoas neste caso específico das mulheres para relatarem as situações e se aumentou também o registo das situações, porque uma coisa é aumentar a violência outra coisa é aumentar o registo, o registo aumentou, pronto... tem vindo a aumentar e sabemos isso. Se isso corresponde a um aumento efectivo do peso do fenómeno é um pouco mais difícil de saber, pronto...ahhh o que a saúde pode fazer? A saúde pode fazer, na minha perspectiva, muito se olhar para o fenómeno de uma maneira diferente que é isso também que aconteça e se organizar a forma de resposta também de maneira diferente, ou seja há muito tempo que nós sabemos que a saúde tem um papel a desempenhar nisto, alias pelos próprios trabalhos do Professor Manuel Lisboa, mesmo connosco aqui com a direcção geral da saúde se sabe isso o que é preciso é mudar um bocadinho o paradigma da resposta, da intervenção da saúde passando não apenas, e foi o objecto do começo da nossa conversa, a saúde sempre mexeu com estas coisas da violência respondendo sobre a perspectiva curativa ou mediadora das situações e o que se pretende aqui é que a saúde assuma a responsabilidade também na prevenção do fenómeno e isso passa por olhar de facto para os casos de uma maneira que contemple o facto de existir um antes das pessoas chegarem aos serviços de saúde com queixas, muita coisa se calhar ocorreu antes que motivou aquele momento de crise que leva de facto ao serviço de saúde e que depois disso também há a necessidade da saúde ter um papel na prevenção da reincidivas e da recorrência do fenómeno, portanto no fundo é olhar a montante e a jusante daquilo que nos aparece a frente e aquilo que nos aparece a frente muitas vezes nem sequer é explicito é implícito e portanto também há que desenvolver mais os mecanismos de identificação de sinais e de factores e de contextos de risco de ocorrência, portanto a saúde tem um papel importante na prevenção exactamente desenvolvendo os seus mecanismos de detecção...”</p> <p>(E1)“ É isso mesmo que nos estamos a desenvolver, alias este referencial técnico aborda exactamente tudo isso, isto que nós acabamos de produzir é um conjunto de modelos de avaliação, não só de avaliação mas também detecção de contextos de risco, factores de risco, de formas de abordagem do fenómeno junto das pessoas e depois de mecanismos de articulação entre serviços e instituições que permita criar digamos que uma rede de suporte.... Só que é um trabalho muito recente, foi divulgado há duas semanas talvez em termos genéricos, estas equipas estão agora a entrar em preparação, mas isso não vai ser uma coisa para um ano. Porque é assim, estes fenómenos complexos e a violência é um</p>

fenómeno muito complexo, exigem respostas também muito complexas não pode ser respostas simplistas, do tipo a partir de agora aplique-se o que aqui esta.... Isso não existe, é preciso ter a par de um referencial deste tipo que é volumoso e complexo, ainda por cima é para lidar com fenómenos que tem contornos muito variados e que são expressão também de representações sociais sobre o que é ser homem e o que é ser mulher e o que é o papel de um e o que é o papel de outros na sociedade não é?... e que vai bulir com sistemas de exercício de poder entre as pessoas e que também tem raízes e expressão dentro das próprias instituições, há modelos que estão instituídos de intervenção que de certa forma, involuntariamente claro..., mas que acabam por dar alguma cobertura ao próprio exercício da violência nos seus ,múltiplos aspectos e de facto o que nós aqui procuramos fazer e julgo que é perceptível os porquê é olhar o fenómeno da violência de uma maneira ainda muito mais abrangente do que meramente a ideia da violência contra as mulheres, não pode ser, na saúde isso não é assim porque para além da violência explícita e é essa que normalmente põe o próprio tecido social em polvorosa e é essa que dá capa aos jornais e as revistas e que é notícia de primeira pagina, há toda a violência insidiosa que ainda por cima tem múltiplas expressões em termos de saúde e que nós ainda não a conseguimos agarrar e é por isso é que isto também não versa apenas a violência sobre as mulheres, porque a violência sobre as mulheres e a violência sobre os homens para além de alguns aspectos ser debaixo de um modelo social semelhante... nós temos nos serviços todas as áreas da violência é bom não nos esquecermos disso... e muita violência é uma violência reactiva a outras formas de violência e para além disso é bom não nos esquecermos que ao longo do ciclo de vida há quem comece por sofrer violência e que a medida que se percorre o ciclo de vida passe a exercer violência e se calhar no fim da vida vais sofrer novamente violência portanto todo este mundo complexo passa nos serviços de saúde e tem de ser abordado de uma maneira muito mais genérica e nos não podemos estar muito centrados só na questão da violência contra as mulheres... eu posso-lhe dizer que nós fomos e bem, não gosto da palavra “pressionados” porque dá sempre uma conotação negativa, mas numa perspectiva positiva nós fomos de facto temos sido pressionados para desenvolver um modelo de resposta a quê? A violência doméstica que entra nos serviços de urgências nos hospitais, isso é a ponta do iceberg, nós não podemos pegar só nisso porque senão estamos a viciar aquilo também aquilo que é a possibilidade de intervenção da saúde...”

(E1)“ Eu diria que é assim os serviços de saúde devem ser mais responsabilizados por lidarem de melhor maneira com um fenómeno que já lá esta que é o da violência e nessa perspectiva como os serviços não são uma abstracção, os serviços vivem daquilo que os seus agentes fazem ou não fazem, claro que os profissionais de saúde em termos genéricos necessitam de ser..... quando fala em serem responsabilizados é ahhhhh...exercerem??”

(E1)“Então mas isso é, não tem de ser mais ou menos, são! Por definição, são! São responsáveis por... claro que sim! A questão é ter mecanismos próprios, recursos próprios para serem mais capazes de lidar com o problema de outra maneira por falta de conhecimento, por falta de pratica e por falta de instrumentos mesmo dentro da instituição e a sua volta para lidarem com o fenómeno e é exactamente por isso é que se criam estas equipas.”

(E1)“ Já e o tipo de evidência depende muito... se eu comecei por lhe dizer que de facto nós não estamos suficientemente documentados em relação a isso, é difícil estar-lhe a dizer isto é meramente opinativo... com o que fui confrontado mais...? Como qualquer profissional eu acho que provavelmente é a violência emocional, porque mesmo quando há violência física, há sempre violência emocional, sempre que há actos violentos que comprometem o corpo isso tem repercussões psicológicas, ou às vezes é o corolário de meses e de anos de violência psicológica, portanto se sempre que há violência física, há violência psicológica e se para além disso muitas vezes para haver violência psicológica tem de haver violência física então necessariamente há mais casos de violência psicológica”

(E1)“ Sim, claro mas por favor não faça apelo a minha experiência clínica porque de há vários anos para cá que eu não tenho experiência clínica neste domínio portanto.... O que estiver a gravar estou a falar no passado... mas sim fui confrontado com isso, mas isso faz parte, para muitas pessoas do próprio ciclo da violência muitas vezes a negação dessa mesma violência não é, e as pessoas não interpretam face aquilo com que muitas vezes são confrontadas, de espelho quase que o profissional faz a própria pessoa não reconhece que aquilo que se está a passar com ela é um acto de violência.”

(E1)“Claro se não reconhecem que é um acto de violência também não considera que é um crime... mas essa parte no fundo é...vamos lá ver... dificilmente nas relações entre pessoas e neste caso se o seu objecto de estudo são as mulheres vítimas de violência na minha perspectiva de profissional de saúde, reconhecer que se está a ser vítima de violência o pensamento seguinte não é imediatamente...isto é crime! Não, porque isso é secundário, isso só passa a ser importante se de facto a pessoa não tiver recursos próprios para cessar essa violência e uma das formas de cessar é, afastar-se de quem a maltrata de quem tem uma reacção violenta consigo própria, antes se calhar de ir fazer queixa, porque nem sei como os serviços subsistiriam se cada um de nós sempre que está em situação de conflito e se sente vítima é alguém que está a ser violento...é que nós não podemos raciocinar a propósito da violência, nomeadamente a violência doméstica só com base nas pessoas que chegam partidas e a sangrar ao hospital.”

(E1)“ Claro que sim. Tal como e relação a outras patologias quando o próprio doente não reconhece que tem um problema, o profissional de saúde tem a responsabilidade de informando e ajudando, porque aconselhar não é dar conselhos não é?... Aconselhar é ajudar o próprio a clarificar o que se passa consigo e isso é um mandato do profissional de saúde, claro...claro que sim.”

(E3) - “ a própria educação, não tanto a social normalmente as que não são de meios carenciados mas também as que foram educadas dentro de um ciclo de violência...”

(E3) - “ como em tudo na nossa profissão nos cuidados de saúde é a nossa, aquilo que a gente acredita, aquilo que a gente sente em relação a situação não deve influenciar os nossos cuidados de saúde, portanto eu pessoalmente não deixo influenciar”

(E4) - “a violência doméstica é uma situação transversal na sociedade mas de predominância nas classes baixas e a questão prende-se um bocado por factores culturais e pela própria educação porque muitos dos agressores são o espelho do que viram em casa, mesmo que nunca tivessem visto uma agressão física só por si, maior

parte das pessoas viram numa geração anterior a minha pelo menos ou duas, episódios muito semelhantes, por exemplo em que a mulher era muito mais submissa em que havia muito mais vontade portanto aí imagino que seja uma questão cultural/educacional, mas depois nas classes mais altas imagino que seja uma questão de vergonha social um certo e determinado embaraço de poder assumir que uma pessoa formada, ou já com alguma capacidade monetária e financeira tenha esse tipo de postura”

(E4) – “sugerir pelo menos... aconselhar é uma coisa muito complicada porque nós não somos de forma nenhuma membros de direito para o fazer, ou seja não esta dentro das nossas capacidades gerir essas situações, nos temos que sugerir a vítima, não propriamente dizer: “olhe tem de fazer isto”...”

(E4)- “ os atendimentos a estas como as outras situações não faz dela mais especial que uma gripe, que um AVC ou... percebes? quer dizer... nós temos que abordar tudo com profissionalismo e essencialmente com foco, ou seja temos que focar na questão em si na questão mais urgente que é tratar o doente pelas queixas apresentadas, portanto isto é clínica geral agora se fores a psiquiatria a resposta será completamente diferente, nos aqui temos de nos focar essencialmente e mesmo quando fazemos pequena cirurgia, as vezes há questões físicas visíveis ou traumáticas que tem de ser uma coisa muito direccionada em resolver aquele problema ou seja não vamos estar ali olha esta menina...quer dizer tem o lábio rachado ou tem uma ferida corto-contusa na região frontal, quer dizer não vou diferenciar essa senhora de uma senhora que tropeçou e bateu numa esquina, portanto tenho de fazer a limpeza da ferida e suturá-la”

(E5) – “ eu particularmente por uma questão ética nós temos de nos colocar de uma forma neutra porque existem situações de receber a denunciante e o denunciado depois é diferente... então nós temos de manter uma imparcialidade mas claro com o compromisso de certa forma de orientar para as medidas legais e cabíveis daquela situação, isso é uma obrigação que nós temos que fazer mas de certa forma imparcial, não estimulando qualquer outro sentimento que estimule até psicologicamente a outra pessoa...porque numa situação de cônjuges o que pode acontecer e nós sabemos é a mulher se resguardar no que um médico falou e um outro profissional falou para poder agir, então esta a trespassando a responsabilidade a outros essa é a minha visão não só como médica eu sou assistente social também e tenho mais ou menos essa leitura da questão”

(E5) – “ aí já estas te comprometendo, porque o profissional de saúde ele só faz parte de um contexto de violência porque ele está atendendo uma consequência do caso e então ele tem de fazer o papel dele e como eu te disse, esse papel de personalidade determina muito a conduta, porque a gente vê histórias e muitas histórias e isso serve subtilmente até para a violência infantil a violência doméstica, qualquer tipo de violência que envolva a família o profissional tem de fazer o papel dele de forma pragmática, ética e confidencial e o que é exteriorizado...tu não podes estar pondo o teu ponto de vista pessoal em determinadas situações, não te omitindo de orientar legalmente algumas

situações mas não emocionalmente, então não penso que um profissional tem de ser responsabilizado por um falhanço do sistema.... Percebes... e o profissional não presencia o acto, por isso é que nós temos serviços de medicina legais porque eles quem faz o diagnóstico das lesões é a medicina legal pelo menos no meu país é assim, você tem de passar pela medicina medico legal para determinar o hematoma, tipos, dias, etc... então nós temos serviços legais que dão capacidade para levar a tribunal determinadas situações de violência, o primeiro atendimento é para eu poder resolver problemas, é um braço partido que eu encaminho para a ortopedia, um ferimento que eu tenho que suturar ele e etc...e que eu tenho de saber a causa e coloco no relato, agora as bases que vão gerar juridicamente a partir do meu relato é outra coisa, o que eu vi eu fiz, agora a causa?.... O relatório só para você ter uma ideia, eticamente o nosso compromisso é dizer: “doente refere...” eu não posso dizer: “doente foi agredida...” e sim “ele refere que foi agredido...” é errado, é equivocado e nenhum faz porque nós temos que ter uma medicina de retaguarda que refere que isso aconteceu, porque eu não estava lá e isso é uma coisa que tu me contas... e depois vem supostamente o agressor e diz que foi agredido também e ele vai me contar que refere que foi agredido...por isso é que a imparcialidade não tem..., não te vou dizer que é uma falta de compromisso nosso, é um dever ético de colocar o que o doente refere e dizer o que eu vi, eu não vou inventar nada e as vezes o doente diz: “eu fui espancado...” mas eu digo: “não vejo evidências de hematomas...” percebes a minha evidência a nossa medicina tem de ser baseada em evidência, não existe outra forma de fazer medicina, eu pelo menos não acredito numa forma diferente.”

(E5) – “cada um tem a sua forma de pensar, mas tu tens acima de tudo e fazemos isso na nossa carreira, no nosso processo de formação, estudamos ética e dentro desse contexto da ética, a gente tem que ter como base a psicologia medica para perceber o que é que o doente traz, todo o doente que vem para você atender, seja você um clinico, um cirurgião, cada um vem com as suas expectativas não é? E cada um demonstra a sua dor conforme mais lhe convém seja para usar com um objectivo ou por outro, pronto... essa consciência o medico tem que ter, nos não somos ingênuos e percebemos ao longo do tempo o que estamos tratando, por termos uma conduta impessoal e as vezes parecemos ate frios e é muitas vezes isso, eu não consigo me envolver com a tua questão e isso é necessário para você ter que ter uma decisão consciente baseada no teu conhecimento científico para tu poderes ter uma logica naquilo que vais fazer, por isso é que médicos não atendem familiares porque o emocional pode sobrepor a tua conduta ética e isso é uma questão...não passa mais alem do profissionalismo, quem age de maneira diferente e a gente tem evidências inclusive actualmente no nosso serviço a gente tem um exemplo que causou muita confusão porque nos sabemos qual é a catástrofe que causa quando nos envolvemos pessoalmente com uma situação familiar é muito complicado, por isso é que nos dizemos que o ordem dos médicos positivo é muito complicado, o doente sempre tem mais complicações que os outros, mas não é nada mais do que você não colocar sentimentos naquilo que você precisa ter racionalidade não é ? você não pode ser reaccionário onde você tem que ter razão, acho que é um principio básico da medicina, seja em qualquer área por mais que estejas falando com uma cirurgiã....”

(E5)– “ considero que as políticas sociais são a base de dar respostas satisfatórias para tudo, o índice de violência aumentado o índice de mortes e tudo o que vem por trás... eu particularmente como estou há poucos anos em Portugal fazer essa avaliação critica... se tu fosses falar do meu país eu teria exactamente o que te dizer ...por todas etapas que passei ate porque estudei politicas publicas porque gosto desse processo de conhecimento, porque eu acho por a gente atender o fim daquela linha de atendimento que o doente passa você tem de dar resolutividade, quando chega você tem que resolver ou não...então para mim as politicas são a base de tudo, agora dizer se as politicas de Portugal são ou não evidentes se comparativamente ao meu pais eu acho que dão respostas muito satisfatórias mas em relação ao processo histórico que eu escuto os meus colegas falarem eu acho que estão muito alem das expectativas a níveis europeus eu acho que tem muito mais coisas a ser feitas, tem profissionais excelentes, eu acho que a medicina é espectacular na forma como prepara o seu medico para atender essa população de uma forma consciente, muito bem preparado teoricamente então não pode se desperdiçar porque senão ta-se formando mão de obra para abastecer outros mercados ambiciosos e eu vejo isso em todas as áreas, eu vejo meus colegas procurando locais para poder ir bem formados, tirar aquilo que tu tirou de bom de Portugal para outras áreas eu acho que falta um bocadinho mais, melhores salários para poder prender o profissional aqui, melhor capacitação e uma serie de coisas que eu vou-te falar ...e pronto comparativamente com o meu pais é isso...(risos)”

(E7)-“ raramente a maior parte das vezes elas omitem, só quando o desespero e o cansaço da parte que é agredida, seja ela mulher ou homem já é muito grande é que eles admitem que sim ou quando existe um sentimento de ódio muito grande e então essa é logo a primeira informação que é fornecida”

(E7)- “não nem sempre tem muita vergonha eu acho que elas de certa forma ate acham que são culpadas de alguma coisa”

(E7) –“ a vergonha e o complexo de inferioridade, eu acho que muitas das vitimas permitem esse abuso, essa invasão porque elas próprias não tem esse amor por elas próprias”

(E7)- “ a frustração dos homens de conseguirem realizar aquilo que eles pretendem na vida ou a situação de insegurança em que eles se encontram ou de incapacidade ou de frustração deles próprios, então aquilo é um alvo frágil onde eles podem exercer o poder deles é desta forma que eu vejo, lamento...”

(E8)- “ é uma questão tão abrangente, não é uma resposta simples ou seja... provavelmente hoje em dia a população esta mais desinibida em termos de gestos, dantes se calhar pensavam duas vezes antes de agredir e de ferir ate, hoje em dia isso é tudo tão gratuito que provavelmente os media também ajudam a divulgar muito esse tipo de espectáculo gratuito e dantes haveria não tanta mas se calhar alguma e ninguém divulgava, hoje em dia parece que é um circo que ta montado e isso torna se calhar provavelmente a perspectiva que temos de casais que se davam bem uma farsa...”

(E8)-“ acho que é mais uma questão de postura se as pessoas não tiverem ética e moral de se prestarem a esse tipo de atitude não o fazem se não quiserem ...mas sim pode

	<p>influenciar”</p> <p>(E9)- “ sim, acho que é mais provável que uma mulher note mais isso do que um homem, acho que os nossos valores influenciam sempre tudo o que a gente faz...”</p> <p>(E10) – “ Sem duvida nenhuma, isso ai claro.... Há muitos agressores que são médicos, tou a falar em termos de casais há vários casais conheço alguns realmente em que o agressor era um medico quer dizer... nós estamos a falar dos medico é uma classe muito variável não é ? é há médicos também que tem uma moral fraca não é como em tudo... acho que sim influência muito o diagnóstico”</p> <p>(E10) – “ Não, não acho”</p> <p>(E10) – “ Não , não tenho conhecimento desse referencial....lá esta acho que devia existir mais informação ate mesmo para quem trabalha em urgência deveria haver muito mais informação. Nós não temos qualquer formação especifica nesse sentido e nós trabalhamos com tantas questões não é que não é possível estar dentro de tudo o que se passa e se calhar devia-se estar mais atento a isto.”</p>
Sensibilização	<p>(E1)“ (telefone tocar) “ Peço desculpa, desculpe a interrupção mas eu tenho mesmo de atender... Sabe que esta a conduzir a entrevista de uma maneira que parece uma jornalista que esta contra a saúde, muitos estão outros estarão menos, claro....outros exactamente porque não sabem como lidar com as situações se calhar tentam não aprofundar muito os assuntos, claro que sim... e isto como eu lhe disse por dificuldade e por falta de preparação para lidar com as situações e depois por falta de recursos a sua volta também para depois de lidar com eles e detectar as situações, o que é que eu faço agora?..pronto.”</p> <p>(E1)“ Claro que sim os profissionais de saúde não são imunes a sociedade em que vivem, claro que sim e para além disso... pode ate acontecer um envolvimento com a situação ate porque sendo elementos de uma sociedade que ela por si é violenta e onde a violência existe se calhar em algumas situações os próprios profissionais de saúde vêem noutras pessoas situações que eles próprios estão a viver, mas isso é verdade neste aspecto como é verdade em outras patologias, um medico ou um enfermeiro que tem cancro pode lidar com mais dificuldade situações em que os seus utentes também estão com cancro, por exemplo ou alguém na família, claro que sim mas isso é em todas as áreas. Aqui a questão é mais pensar que em relação a outras patologias já existem standards de intervenção, já existem protocolos, as pessoas são mais conhecedoras do que se passa e portanto há outros mecanismos que ajudam os profissionais a lidar com as situações, aqui para alem de isto ir, não serem questões as vezes muito objectivas em termos de saúde e que tem a ver com comportamentos e com crenças são fenómenos as</p>

vezes mais difíceis de serem manuseados pelos próprios profissionais exactamente se não se melhorar a sua preparação para o fazer, se não se criarem mecanismos e protocolos de intervenção e depois saber-se quais são os recursos ao dispor para lidar com isto, e quando falo em recursos, falo também nos dispositivos legais que existem para lidar com as situações, mas volto a dizer isto é um processo lento e vai demorar, mas nos estamos a procurar que ele esteja em marcha neste momento.”

(E2) - “Sim eu considero que as forças de segurança são neste momento das principais ou as mais bem preparadas neste momento, tirando os técnicos de apoio a vítima obviamente e da rede nacional de violência doméstica e estas organizações também de apoio as mulheres, as forças de segurança tem “sofrido” um grande investimento quer na formação, quer na sensibilização e estão muito bem preparadas e cada vez mais o esforço é contínuo e temos tido formações contínuas e portanto as coisas estão a correr muito bem, eu acho.... Sim.”

(E3) - “ é insuficiente, a gente sabe que existe mas é insuficiente... mas definitivamente nem todos os profissionais estão atentos a essa questão. Acho que é uma mais valia mas tem de ser mais divulgada, difundida”

(E4) – “ não só se for na elaboração de posters ...acho que isso é uma situação que depende muito mais do Ministério da Administração Interna do que do Ministério da Saúde, não faz muito sentido...quer dizer não é propriamente uma campanha de vacinação, não faz sentido nenhuma nos estarmos agora a bater de porta em porta a dizer : “ olhe desculpe essa nodosa negra é para tratar ou como é que quer que a gente faça, quer dizer...doí-lhe muito? Ou tem dói dói? É favor não bater nas pessoas que isso faz dói dois, mas isso é transversal a outra situação... não faz sentido”

(E4) – “ acho muito bem, a partir do momento em que é testemunha do facto acho muito bem mas quer dizer aí dá-se uma opinião médica, de avaliar se a ferida pode ter sido feita estamos a falar ou de um traumatismo ou o quer que seja ou por violência... mas e o que eu dizia a bocado para nós objectivamente não há uma diferença entre uma senhora que tropeça e bata numa esquina e outra que seja empurrada contra a esquina, ou um senhor, também há aí os gajos que são vítimas de violência doméstica, ... “

(E4) – “ (risos) pois as mulheres são umas mimadas.... Porrada nelas todas. Eu tenho uma filha o meu sonho é vê-la a ser espancada pelo namorado”

(E4) – “ se for um mau profissional sim, temos de nos manter imparciais, por essa ordem de ideias eu não tratava benfiquistas”

(E4) – “não faço ideia, não sei qual é a política social do estado português...”

(E4) – “a resposta é exactamente a mesma.... Não tenho conhecimento.”

(E4) – “ Pronto. Continuo a dizer a mesma coisa, porrada nas mulheres!”

(E5) – “ eu não sei... não conheço... e chega-se a essa informação através de quem? Eu não tenho conhecimento eu acho que qualquer parâmetro de avaliação onde você tem de inserir informações é válido para você poder tirar uma rácio e melhorar a tua qualidade de atendimento e orientar protocolos e isso para mim é o lógico ... o que há não é suficiente... eu não tenho conhecimento ou por falha minha ou por quem é de direito

	<p>informar eu não tenho conhecimento...”</p> <p>(E5) – “ Obrigado, (risos) olha eram muitas perguntas e vamos ver se meu nome não vai aparecer ai não...”</p> <p>(E6) – “ não tenho conhecimento e os profissionais de saúde estão sensibilizados para perante situações tratar e dar algum aconselhamento mais nada... não existe na minha opinião, nem há nenhuma formação específica ...”</p> <p>(E7) – “ acho que sim porque maior parte dos médicos não tem preparo nessas áreas... no meu caso especial, particular não porque fiz formação em áreas como o coaching como em técnicas em formação de auto ajuda, tenho formação em medicinas alternativas e portanto isso não acontece de uma forma tão notória e tão evidente mas não sei se em alguns aspectos não acaba por influenciar?... deve ser um bocadinho difícil...”</p> <p>(E7)-“conheço muito mal....”</p> <p>(E7) – “ não tenho conhecimento de nada...não tenho a menor noção... deve ser divulgado como outras medidas relacionadas com outras coisas que não temos conhecimento, muitas vezes sabemos de muita informação através dos outros colegas... os profissionais não estão informados sequer...”</p> <p>(E8) - “ não tenho conhecimento, desconheço.... Acho que de um modo geral estão sensibilizados”</p> <p>(E10) – “ Não , não tenho conhecimento desse referencial....lá esta acho que devia existir mais informação ate mesmo para quem trabalha em urgência deveria haver muito mais informação. Nós não temos qualquer formação especifica nesse sentido e nós trabalhamos com tantas questões não é que não é possível estar dentro de tudo o que se passa e se calhar devia-se estar mais atento a isto.”</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------